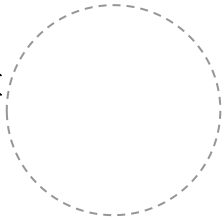


児童手当・特例給付 額改定認定請求書 額改定届



受給者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
対象となる子ども	住所	立川市		電話番号	自宅・携帯 (父・母・その他)		
	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 関係	障害 有無
		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	有 無
		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	有 無
		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	有 無
		年 月 日	子 その他	同居 別居	有 無	同一 維持	有 無
	別居先 住所	電話					
増額した理由	ア 出生した イ その他 ()						
減額した理由	ア 監護しなくなった イ 死亡した ウ その他 ()						
事由発生 年月日	年 月 日						

上記の通り、請求・届出します。

年 月 日

立川市長 殿

氏名 _____ 印

※記名押印に代えて署名することができます。

改定年月	年 月分から	15日特例
改定後の月額	5,000円 人	手当月額 円
	10,000円 人	
	15,000円 人	
決定年月日		

受付	入力	確認

特記事項

児童手当

額改定届

記入例(同居)

ご自宅か携帯電話の番号を記入してください。

現在児童手当を受けている方の氏名・その他情報を記入してください。

受給者	フリガナ	姓 氏名		月日	S〇〇年〇月〇〇日		
	氏名	立川 太郎					
	住所	立川市 〇〇町〇丁目〇	番号	042-???-????			
対象となる子ども	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 関係	障害 有無
	姓 氏名	令和	子	同居	有	同一	有
	立川 くるくる	〇〇年〇月〇〇日	その他	別居	無	維持	無
		年 月 日	子	同居	有	同一	有
		年 月 日	その他	別居	無	維持	無
	年 月 日	子	同居	有	同一	有	
	年 月 日	その他	別居	無	維持	無	
	年 月 日	子	同居	有	同一	有	
	年 月 日	その他	別居	無	維持	無	
別居先住所	電話						
増額した理由	<input checked="" type="radio"/> 出生した イ その他 ()						
減額した理由	ア 監護しなくなった イ 死亡した ウ その他 ()						
事由発生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日						

改定の対象となる児童の氏名その他情報をお書きください。

請求者が児童の面倒を見ている場合は、有に〇を記入してください。

対象児童が実子の場合、同一に〇を記入してください。

該当する事項に〇を記入してください。その他の場合は括弧内に理由を具体的に記入してください。

上記の通り、請求・届出します。

〇〇年〇〇月〇〇日

立川市長 殿

氏名 立川 太郎 印

※記名押印に代えて署名することができます。

改定年月	年 月分	から	15日特例
改定後の月額	5,000円	人	手当月額
	10,000円	人	
	15,000円	人	
決定年月日	円		

受付	入力	確認

特記事項

児童手当

額改

額改定届

記入例(別居)

ご自宅か携帯電話の番号を記入してください。

現在児童手当を受けている方の氏名・その他情報を記入してください。

受給者	フリガナ	姓 氏名	立川 太郎	月日	〇〇年〇月〇日										
	住所	立川市 〇〇町〇丁目〇番地 〇〇アパート〇〇号室	電話番号	042-???-????											
対象となる子ども	フリガナ 氏名	姓 氏名	立川 くるくる	生年月日	令和 〇〇年〇月〇日	続柄	子	同居 別居	同居 別居	監護 有無	有 無	生計 関係	同一 維持	障害 有無	有 無
	フリガナ 氏名	姓 氏名	〇〇年〇月〇日	〇〇年〇月〇日	子	同居	同居	有	同一	有					
	フリガナ 氏名	姓 氏名	年 月 日	年 月 日	子	同居	同居	有	同一	有					
	フリガナ 氏名	姓 氏名	年 月 日	年 月 日	子	同居	同居	有	同一	有					
	フリガナ 氏名	姓 氏名	年 月 日	年 月 日	子	同居	同居	有	同一	有					
別居先住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地の〇				電話	???-???-????									
増額した理由	<input checked="" type="radio"/> 出生した <input type="radio"/> その他 ()														
減額した理由	<input type="radio"/> 監護しなくなった <input type="radio"/> 死亡した <input type="radio"/> その他 ()														
事由発生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日														

改定の対象となる児童の氏名その他情報をお書きください。

請求者が児童の面倒を見ている場合は、有に〇を記入してください。

対象児童が実子の場合、同一に〇を記入してください。

該当する事項に〇を記入してください。その他の場合は括弧内に理由を具体的に記入してください。

上記の通り、請求・届出します。

立川市長 殿

〇〇年〇〇月〇〇日

氏名 立川 太郎 印

※記名押印に代えて署名することができます。

添付書類として、監護事実の申立書(後日郵送可)が必要です。

改定年月日	年 月 日	15日特例	
改定後の金額	15,000円	人	円
決定年月日			

特記事項