

児童手当 額改定認定請求書 額改定届 (施設等受給者用)

利根町長 様

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . . .	令和 . . .

受給者	(ふりがな) 設置者等の氏名 (法人名等)	性別	男・女	加入している 公的年金制度の 種別	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員で ある場合は括弧内に○を記入 してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済 イ. 国民年金 ウ. その他 ()
	生年月日	昭和 平成 . . .	職業		
施設等の 名称	施設等 の種類	設置者等の住所地 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒	—	電話 ()
		施設等所在地又は 里親等住所地	〒	—	電話 ()

増額又は減額の別	増額 ・ 減額
----------	---------

増額又は減額の原因となる施設入所等児童

氏名	生年月日	備考
	平成 . . .	
	令和 . . .	
	平成 . . .	
	令和 . . .	
	平成 . . .	
	令和 . . .	
	平成 . . .	
	令和 . . .	
	平成 . . .	
	令和 . . .	
	平成 . . .	
	令和 . . .	
	平成 . . .	
	令和 . . .	

増額した理由	ア. 児童自立生活援助の実施、委託又は入所若しくは入院 イ. その他 ()
--------	---

減額した理由	ア. 死亡した イ. 児童自立生活援助が終了し、委託解除され、又は退所若しくは退院をした ウ. その他 ()
--------	---

事由の発生した年月日	令和 . . .
------------	----------

備考	※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	令和 . . .	※認定・改定年月	令和 . . .	※手当月額	円
			令和 . . .		令和 . . .	3歳未満分 3歳以上分 計	円 円 円

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

(裏面)

備考

1. 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。
2. 受給資格者に周知することにより、注意事項を省略することができる。