

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(あて先) 豊中市長

受給者	フリガナ		提出年月日	年	月	日
	名 前		生年月日	年	月	日
	加入年金の種別	ア. 厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他 以下の共済組合員の方は○をつけてください () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済 ※公務員共済の場合は保険証の添付が必要です。	TEL	()		
			職 業	ア. 公務員 イ. その他		

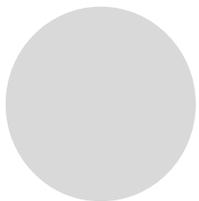
増額又は減額の別	ア. 増 額	イ. 減 額
----------	--------	--------

児童手当・特例給付の増額または減額の原因となる児童									市職員 記入欄
児童の名前	続柄	生年月日	同居・別居	施設等 への入所	住所(別居時のみ記入)	海外留学 の場合 出国年月	監護 養育 関係	生計関係	児童との 関係
			同・別	有・無			有・無	同一・維持	父母指定者 未成年後見人 同居父母
			同・別	有・無			有・無	同一・維持	父母指定者 未成年後見人 同居父母
			同・別	有・無			有・無	同一・維持	父母指定者 未成年後見人 同居父母

児童手当の額が増額した理由	ア. 出生	イ. その他 ()
---------------	-------	------------

児童手当の額が減額した理由	ア. 死亡した イ. 監護しなくなった ウ. 生計を同じくしなくなった エ. 生計を維持しなくなった オ. 日本国内に住所を有しなくなった (留学を理由とするものを除く)	カ. 未成年後見人でなくなった キ. 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等の帰国) ク. 児童福祉施設等への入所又は里親等への委託 ケ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) コ. その他 ()
---------------	--	--

事由が発生した年月日	年 月 日
------------	-------

備 考							受付確認日
	<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 住登外 S / M <input type="checkbox"/> こども医 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 郵 送 <input type="checkbox"/> 児 扶 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 職 権 <input type="checkbox"/> ひとり <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						 15日以内の届出 額改定 月～

審 査 欄	改定・却下年月日	改定年月				受 付 担 当 者	
	年 月 日	年 月	3歳未満				
			3歳～小学校				
			中学生				
改定・却下	合 計						

〒561-8501 豊中市中桜塚3丁目1番1号
 【提出先】 豊中市役所 こども未来部 子育て給付課
 (第二庁舎 3階 307窓口) TEL: 06-6858-2269

記入例

児童手当・特例給付

額改定認定請求書

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

額改定届

(あて先) 豊中市長

提出年月日		●●年 ●●月 ●●日	
受給者	フリガナ	トヨナカ ミライ	
	名 前	豊中 未来	
	加入年金の種別	<input checked="" type="radio"/> ア. 厚生年金 <input type="radio"/> イ. 国民年金 <input type="radio"/> ウ. その他 以下の共済組合員の方は○をつけてください <input type="radio"/> () 私立学校教職員共済 <input type="radio"/> () 国家公務員共済 <input type="radio"/> () 地方公務員等共済 ※公務員共済の場合は保険証の添付が必要です。	
生年月日		●●年 ●●月 ●●日	
TEL		06 (●●●●) ●●●●	
職 業		<input type="radio"/> ア. 公務員 <input checked="" type="radio"/> イ. その他	
増額又は減額の別		<input checked="" type="radio"/> ア. 増 額 <input type="radio"/> イ. 減 額	

児童手当・特例給付の増額または減額の原因となる児童

児童の名前	続柄	生年月日	同居・別居	施設等への入所	住所(別居時のみ記入)	海外留学の場合 出国年月	監護 養育 関係	生計関係
豊中 希望	子	●●●●●●	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持

今回増額または減額になる児童のみ記入してください。

児童福祉施設・旧身体障害者更生援護施設等に入所していなければ、“無”に“○”をしてください。

現在海外留学中であれば、出国年月を記入してください。

児童手当の額が増額した理由	<input checked="" type="radio"/> ア. 出生 <input type="radio"/> イ. その他 ()	
児童手当の額が減額した理由	ア. 死亡した カ. 未成年後見人でなくなった イ. 監護しなくなった キ. 父母指定者でなくなった ウ. 生計を同じくしなくなった ク. 児童福祉施設等への入所又は里親等への委託 エ. 生計を維持しなくなった ケ. 児童と同居しなくなった オ. 日本国内に住所を有しなくなった (単身赴任の場合を除く) (留学を理由とするものを除く) コ. その他 ()	
事由が発生した年月日	●●年 ●●月 ●●日	

備 考							受付確認日  15日以内の届出 額改定 月～
	<input type="checkbox"/> 窓	<input type="checkbox"/> 住登外	S / M	<input type="checkbox"/> こども医	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 児扶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
処理欄	<input type="checkbox"/> 職権	<input type="checkbox"/> ひとり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

審査欄	改定・却下年月日	改定年月				受付担当者	
	年 月 日	年 月	3歳未満				
			3歳～小学校				
			中学生				
改定・却下	合 計						

〒561-8501 豊中市中桜塚3丁目1番1号
 豊中市役所 こども未来部 子育て給付課
 (第二庁舎 3階 307窓口) TEL: 06-6858-2269

【提出先】