

## 児童手当・特例給付 額改定届

門 真 市 長 様

		提出日	令和      年      月      日		
受 給 者	フリガナ			生年月日	昭和・平成
	氏名				.      .
	住所	門真市  (電話)			
減 額 の 原 因 と な る 児 童					
氏名	続柄	生年月日	減額の原因となる事由 (該当する番号に○)	事由の発生した 年月日	
		平成・令和 .      .	1. 監護・生計要件に非該当 2. 児童死亡 3. 児童施設入所 4. その他	令和 .      .	
		平成・令和 .      .	1. 監護・生計要件に非該当 2. 児童死亡 3. 児童施設入所 4. その他	令和 .      .	
		平成・令和 .      .	1. 監護・生計要件に非該当 2. 児童死亡 3. 児童施設入所 4. その他	令和 .      .	
		平成・令和 .      .	1. 監護・生計要件に非該当 2. 児童死亡 3. 児童施設入所 4. その他	令和 .      .	
		平成・令和 .      .	1. 監護・生計要件に非該当 2. 児童死亡 3. 児童施設入所 4. その他	令和 .      .	

備考					
改定・却下	改定・却下年月日	改定年月	児童の人数	手当月額	
	.      .	令      .	人	円	
	改定・却下通知年月日				
.      .					

◎太線内をご記入ください。  
◎字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

受付年月日	令和
-------	----