

児童手当・特例給付 額改定請求書

門真市長 様

		提出日	令和	年	月	日	
受給者	フリガナ					昭和・平成	
	氏名					生年月日	・
	住所	門真市					
							(電話)
加入年金種別	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。 イ. 国民年金 ()私立学校教職員共済 ()国家公務員共済 ()地方公務員等共済 ウ. その他()						

増額の原因となる児童

氏名	続柄	生年月日	性別	同居 別居	別居の場合の住所	監護	生計 関係
		平成・令和 ・	男 ・ 女	同居 ・ 別居		有 ・ 無	同一 ・ 維持
		平成・令和 ・	男 ・ 女	同居 ・ 別居		有 ・ 無	同一 ・ 維持
		平成・令和 ・	男 ・ 女	同居 ・ 別居		有 ・ 無	同一 ・ 維持
		平成・令和 ・	男 ・ 女	同居 ・ 別居		有 ・ 無	同一 ・ 維持
上記の児童が増加した理由 (該当する番号に○)		1. 出生 2. その他()					

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