

認定番号

児童手当・特例給付
額改定認定請求書届
額改定

桑名市長 あて

提出年月日 令和 . .
※受付確認年月日 令和 . .

受給者	氏名 (フリガナ)			生年月日	昭和 . . 平成 . .
	住所	桑名市			
	電話番号	① — — ② — —			
職業	ア. 会社員 イ. 公務員 ウ. 自営業 エ. その他	加入年金	ア. 厚生年金 イ. 共済年金 ウ. 国民年金 エ. 年金未加入	イの場合 →	<input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員等共済

記入者 氏名 受給者と同じ 受給者との続柄 ()

増額又は減額の別 増額 ・ 減額

氏名 (フリガナ)	続柄	生年月日	同居・別居	監護	生計関係	児童との関係
		平成 令和 . .	同居 別居	有 無	同一 維持	後見人指定者同居父母
		平成 令和 . .	同居 別居	有 無	同一 維持	後見人指定者同居父母
		平成 令和 . .	同居 別居	有 無	同一 維持	後見人指定者同居父母

増額した理由 ア. 出生 イ. その他 ()

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・生計を維持しなくなった
 エ. 日本国内に住所を有しなくなった
 オ. 未成年後見人・父母指定者でなくなった
 カ. 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所もしくは入院
 キ. 児童と同居しなくなった(単身赴任の場合を除く)
 ク. その他 ()

事由の発生した年月日 令和 年 月 日

同意欄 受給中の手当が桑名市版子ども応援手当（市独自手当）である場合、この届出書を同手当に係る届出書として読み替えることに
 同意します 同意しません (☑がない場合、同意するものとみなします。)

備考	処理	認定(増)・改定(減)・却下・応援	受付印	
	認定・改定・却下年月日	令和 . .		
	認定・改定年月	令和 年 月から		
	手当月額	児童手当		3歳未満(15,000) 人 小学生 人 中学生(10,000) 人 計 人 円
		特例給付(5,000)		人 円
		応援手当(5,000)		人 円

※太枠内をご記入ください。
 ※対象児童が3歳未満 かつ 受給者の加入年金が厚生年金または共済年金の場合は、受給者の健康保険証(写)を添付してください。