児童手当　額改定認定請求書
特例給付　額　改　定　届

認定No.

提　出　年　月　日
令和　　・　　・

高 知 市 長　　様

受給者	(フリガナ) 氏　　名		生年月日	昭和 平成　　・　　・
	住　　所	電話番号　　－　　－		
	職　　業	ア　被用者　（主に会社員の方） イ　公務員 ウ　ア・イ以外（自営業，パート等）	加入している公的年金制度の種別	ア.厚生年金保険　　イ.国民年金 ※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。 ウ.未加入（　　） エ.その他（　　） （　　）私立学校教職員共済 （　　）国家公務員共済 （　　）地方公務員等共済

増額又は減額の別	増　　額　・　減　　額

増額又は減額の原因となる児童

氏　　名	続柄	生年月日	同居・別居・留学の別	住　所（留学の場合は，出国年月）	受給者との戸籍上の関係（生計関係）
(フリガナ)		H R　　・　・	同・別・留	※留学の場合:出国年月　令和　　年　　月	父母等・父母等以外 （同一）　（維持）
(フリガナ)		H R　　・　・	同・別・留	※留学の場合:出国年月　令和　　年　　月	父母等・父母等以外 （同一）　（維持）
(フリガナ)		H R　　・　・	同・別・留	※留学の場合:出国年月　令和　　年　　月	父母等・父母等以外 （同一）　（維持）
(フリガナ)		H R　　・　・	同・別・留	※留学の場合:出国年月　令和　　年　　月	父母等・父母等以外 （同一）　（維持）

増額の理由	ア　出　生　　イ　その他　（　　）
減額の理由	ア　監護しなくなった。 イ　生計を同じくしなくなった。 ウ　生計を維持しなくなった。 エ　死亡した。 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　児童福祉施設等への入所又は里親等への委託 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

備考		第８条第３項該当	改定年月	
		有（　　日）・無	R　年　月から	
		処理事項	入力	確認
		処理者印		