

（表面）

児童手当額改定認定請求書
額改定届

(施設等受給者用)

記入した日

提出年月

※受付確認年月日

令和 . .

令和 . .

嬉野市長 殿

受給者

設置者等の氏名
(法人名等)

施設長の氏名

生年月日

施設等の名称

性別

職業

施設等の種類

加入している
公的年金制度の
種別

設置者等の住所地
(法人の主たる
事務所の所在地)

施設等所在地又は
里親等住所地

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。
() 私立学校教職員共済
() 国家公務員共済
() 地

イ. 国民年金
ウ. その他
()

施設等の所在地と電話番号
をご記入ください。

電話 ()

電話 ()

増額又は減額の別

増額 . 減額

増額又は減額の原因となる施設入所等児童

氏名

生年月日

備考

嬉野 花

平成令和 6 . 5 . 5

対象となる児童情報を記載してください。

令和 . .

平成令和 . .

平成令和 . .

平成令和 . .

平成令和 . .

平成令和 . .

平成令和 . .

平成令和 . .

平成令和 . .

増額した理由

ア. 児童自立生活援助の実施、委託又は入所若しくは入院
イ. その他 ()

減額した理由

ア. 死亡した
イ. 児童自立生活援助が終了し、委託解除され、又は退所若しくは退院をした
ウ. その他 ()

事由の発生した年月日

令和 6 . 5 . 6

備考

※認定・改定・却下年月日

※認定・改定年月

※手当月額

令和 . .

令和 .

3歳未満分
3歳以上分
計

円
円
円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎ ※印の欄は、記入しないでください。

◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

（日本産業規格A列4番）