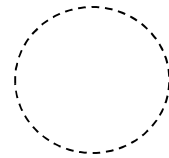


児童手当・特例給付 額改定請求書



(受付印)

神戸市 福祉事務所長あて

提出年月日	認定番号
令和 . .	

受給者	氏名	フリガナ	性別	男 . 女	職業	ア 被用者(会社員) イ 公務員 ウ その他
	住所	( 年 月 日生)	(電話 )			

増額の対象となる児童

氏名	続柄	生年月日	同居別居の別	別居の児童の住所	監護の有無	生計関係
		平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一 . 維持
		平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一 . 維持
		平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一 . 維持
		平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一 . 維持
		平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一 . 維持

児童手当の支給には、児童を監護し、一定の生計関係にあることが必要です。「同居別居の別」「監護の有無」「生計関係」は必ず○印をつけてください。

\*「監護」とは児童を監督・保護していることです。  
\*請求者が父母の場合は「生計同一」が、養育者の場合は「生計維持」が必要です。

上記の児童の増加理由	1. 出生した。 2. 監護するようになった。 3. 生計を同じくするようになった。 4. 生計を維持するようになった。 5. その他 ( )				
上記理由の発生した日	平成・令和 年 月 日				
請求者が加入している年金等の種類	1. 国家公務員共済 2. 厚生年金 3. 私立学校教職員共済 4. 地方公務員等共済 5. 国民年金 6. その他 ( ) 7. 未加入				
備考					

上記のとおり請求がありましたので、右のとおり決定し、請求者あてその旨、通知してよろしいか。	改定・却下年月日	令和 年 月 日
	改定 却下	部長 課長 係長 係
改定年月	算定基礎児童数	手当月額
令和 年 月分から		
改定・却下通知年月日		
令和 年 月 日		