

増額の改定 記載例



提出日

受給者の氏名等を記入してください。

提出年月日 受付確認年月日

(宛先) 旭川市長 平成 28 ・ 1 ・ 20 平成 ・ ・

| | | | | |
|-----|------|-----------------------------|------|---------------------|
| 受給者 | フリガナ | アサヒカワ タロウ | 生年月日 | 昭和 55 ・ 5 ・ 5 平成 |
| | 氏名 | 旭川 太郎 | 増額 | |
| | 住所 | 旭川市 6条通9丁目3番24号 旭川アパート501号室 | | |
| | 電話 | (0166) 25-6446 | | |

増額に○をしてください。

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

| 児童の氏名 | 続柄 | 児童の生年月日 | 同居・別居 | 児童の住所 | 監護の有無 | 生計関係 | 特殊認定事由 |
|-------|----|----------------|-------|-------|-------|------|--------|
| 旭川 次郎 | 子 | 平成 28 ・ 1 ・ 15 | 同・別 | 同上 | 有・無 | 同・維 | |
| | | 平成 ・ ・ | 同・別 | | 有・無 | 同・維 | |
| | | 平成 ・ ・ | 同・別 | | 有・無 | 同・維 | |
| | | 平成 ・ ・ | 同・別 | | 有・無 | 同・維 | |
| | | 平成 ・ ・ | 同・別 | | 有・無 | 同・維 | |

新たに増額となる児童のみを記入してください。

増額する理由 ア 出生 イ. その他 (増額の理由を記入してください。)

減額する理由
 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
 エ. 生計を維持しなくなった
 オ. 国内に住所を有しなくなった
 カ. 児童が別居した
 キ. 里親等への委託又は児童福祉施設等に入所した
 ク. その他 ()

事由発生年月日 平成 28 ・ 1 ・ 15 法第9条第2項適用

| 備考 | 認定・改定・却下 | | 平成 年 月 | | 平成 年 月 | |
|-------|-------------|-------|--------|----|--------|----|
| | 手当月額 児・特 | 3歳未満 | | 人 | 千円 | 人 |
| 3歳~小卒 | | 第1・2子 | 人 | 千円 | 人 | 千円 |
| | | 第3子以降 | 人 | 千円 | 人 | 千円 |
| 中学生 | | | 人 | 千円 | 人 | 千円 |
| 計 | | | 人 | 千円 | 人 | 千円 |

※ 太枠内のみ記入してください。
 ※ 字は、楷書ではっきり書いてください。

※ 記名押印に代えて、署名することができます。