

減額の改定 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	氏名	旭川 太郎	生年月日	昭和 55 ・ 5 ・ 5 平成
	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				

減額に○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 18 ・ 2 ・ 17	同・別	札幌市〇〇区〇〇	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	

新たに減額となる児童のみを記入してください。

記入不要です。

減額の理由を記入してください。

増額する理由	ア. 出生 イ. その他 ()
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. 児童と別居した 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 <input type="checkbox"/>

減額した理由の事由発生年月日を記入してください。

備考	認定・改定・却下		平成 年 月		平成 年 月	
		3歳未満	人	千円	人	千円
	第1・2子	人	千円	人	千円	
	第3子以降	人	千円	人	千円	
	小学生	人	千円	人	千円	
児・特	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。