

児童手当・特例給付 額改定届

提出年月日 ※受付確認年月日

・ ・ ・ ・

認定番号 第 号

新宿区長宛て

受給者	(ふりがな) 氏名		生年月日	・ ・
	住所	新宿区 電話 ()		

減額の原因となる児童

(ふりがな) 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	
		・ ・	同・別		
		・ ・	同・別		
		・ ・	同・別		
		・ ・	同・別		
		・ ・	同・別		

減額した理由	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 その他 ()
--------	--

事由の発生した年月日 ・ ・

備考		※認定 改定 却下	認定・改定・却下 年月日	認定・改定年月	改定後月額
			・ ・	・	円

※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。