

# 児童手当・特例給付 額改定届について

\*\*\*\*\*

これまで児童手当・特例給付を受給中の方で、児童を監護しなくなった等で対象児童が減った方は額改定届の提出が必要です。下記の説明をよく読み届書に記入してください。対象児童が誰もなくなった場合は、この届ではなく、消滅届が必要となりますのでご注意ください。

不明な点等ありましたら、子ども家庭課子ども医療・手当係にお問合せください。

## 【記入例】

児童手当・特例給付 額改定届		提出年月日	※受付確認年月日
新宿区 長 あて		認定番号	第 号
受給者 (ふりがな) 氏名	① しんじゅく たろう 新宿 太郎	生年月日	○・○・○
	住所	新宿区 歌舞伎町1-4-1 電話 03 ( 3209 ) 1111	
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
新宿 一郎	子	△・△・△	② 別
②			同・別
			同・別
			同・別
			同・別
減額した理由	③ ① 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	□・□・□ ④		
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(ふりがな)ではっきり書いてください。

## 【記入にあたっての注意点】

- ①受給者は、現在児童手当・特例給付を受給している方になります。(現在、児童手当・特例給付を受給している方が主たる生計維持者でなくなっている場合は、別途手続きが必要です。必ずお問合せください。)
- ②今回減額の対象となった児童についてのみ記入します。
- ③該当の減額した理由を記入します。
- ④減額事由の発生した日です。(例:児童と生計を別にした日等)

問合せ先・・・  
新宿区子ども家庭部子ども家庭課子ども医療・手当係  
TEL03-5273-4546【直通】  
FAX03-3209-1145

