

児童手当・特例給付 額改定届 (減額用)

		認定番号	
		受理日	
あて先 新潟市長		提出年月日	令和 年 月 日
受給者	住所	新潟市 区	
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	連絡先電話番号 (自宅・携帯・その他)

減額の原因となる児童	氏名	生年月日	続柄	同居・別居の別	住所 (受給者と異なる場合に記入してください)
	(フリガナ)	平成・令和 年 月 日		同居 別居	
	平成・令和 年 月 日		同居 別居		
	平成・令和 年 月 日		同居 別居		
	平成・令和 年 月 日		同居 別居		
	平成・令和 年 月 日		同居 別居		
	平成・令和 年 月 日		同居 別居		

減額の理由	ア 児童が死亡した	ケ 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く)
	イ 監護しなくなった	コ 児童が3歳に到達した
	ウ 生計を同じくしなくなった	サ 12歳に達した日の属する 年度が終了した
	エ 生計を維持しなくなった	シ 15歳に達した日の属する 年度が終了した
	オ 日本国内に住所を有しなくなった (留学を理由とするものを除く)	ス 18歳に達した日の属する 年度が終了した
	カ 未成年後見人でなくなった	セ その他 ()
	キ 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等の帰国)	
	ク 里親等への委託又は児童福祉施設 等への入所もしくは入院	
事由の発生した年月日		年 月 日

注：太枠の枠内のみ記入してください。

市処理欄	減額開始年月	令和 年 月分～	減額後の支給月額	, 000円
	備考			