児童手当　額改定認定請求書
額　改　定　届　（施設等受給者用）

（宛先）

高　槻　市　長

提出年月日	※受付確認年月日
令和　・　・	令和

受給者	（フリガナ） 設置者等の氏名（代表者）		設置者等の住所地（法人の主たる事務所の所在地）	〒　－ 連絡先　－　－
			法人名	
	（フリガナ） 施設等の名称		施設等所在地又は里親等住所地	〒　－ 連絡先　－　－
			施設等の種類	
増額又は減額の別			増額　・　減額	

増額又は減額の原因となる施設入所等児童
（18歳に達する最初の３月３１日までの児童）

（フリガナ） 氏　名	生年月日	入所年月	退所年月 （未定の場合は不要）	備考 （施設等所在地と異なる場合のみ）	※特定施設入所等
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		
	平成・令和 ・　・	令和 ・　・	令和 ・　・		

増額した理由	ア．児童自立生活援助の実施、委託又は入所若しくは入院 イ．その他（　　）	減額した理由	ア．死亡した イ．児童自立生活援助が終了し、委託解除され、又は退所若しくは退院をした ウ．その他（　　）
事由の発生した年月日	令和　・　・		

請求者（個人）	生年月日	職業	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額	
	昭 ・　・ 平	ア．被用者 イ．公務員 ウ．非被用者	令和 ・　・	令和 ・	・3歳未満分　,000 ・3歳以上分　,000	計 ，000円

◎　施設入所等児童に係る措置決定通知書又は契約書の写しを添えて提出してください。
◎　太線の部分をご記入ください。（※印の欄は、記入しないでください）

※受付担当