※ | | ー | | | | | | | ー | |

（児童手当・特例給付）額改定（請求書・届）

受給者	氏　名		生年月日	昭和・平成・西暦 年　月　日
	住　所	西宮市		電話（　　）　ー 携帯（　　）　ー

増額又は減額	増　額　・　減　額

児童手当（特例給付）の額の増額又は減額の対象となる児童のみをご記入ください。

フリガナ 児童氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居別居の別	住所（別居の場合のみ）
		平成・令和・西暦 年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	
		平成・令和・西暦 年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	
		平成・令和・西暦 年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	

加入している年金等 （増額の場合のみ）	1　厚生年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は、（　）内に〇を記入してください。 （　）私立学校教職員共済　（　）国家公務員共済　（　）地方公務員等共済 ※国家公務員共済、地方公務員等共済の組合員である場合は、以下に職場名を記載し、受給者の組合員証（保険証）のコピーを添付してください。 （　　） 2　国民年金 3　その他（　　）
増額した理由	1　出生 2　その他（　　）
減額した理由	1　児童が死亡したため 2　児童と生計を同じくしなくなり、監護しなくなったため 3　生計を維持しなくなったため 4　児童が海外へ出国したため 5　児童が施設に入所した（している）ため （施設名：　　） 6　その他（　　）
事由の発生した年月日	令和　年　月　日

令和　年　月　日
西宮市長　宛

※改定・却下	改定年月	改定後の手当月額	改定・却下年月日
	令和 年　月	□ 5,000 □ 10,000 □ 15,000　円 □ 20,000 □ ,000	令和

備　考

	ー								ー	

※印の欄は、記入しないでください。

入力・確認	受付年月日
	担当者名