様式第5号

児童手当・特例給付 額改定認定請求書 額 改 定 届

(あて先)仙台市長

提出年月日	受付確認年月日	受付者	認定番号
令和 ・ ・	・ ・		

＊太枠の中を記入ください。

受給者	フリガナ				住所	〒 ― 仙台市 区	
	氏名						
	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話	( ) ―	勤務先名称
増額又は減額の別						増額 ・ 減額	
事由の発生した年月日						令和 ・ ・	

＊「監 護」：児童の生活について通常必要とされる監督，保護を行なっている（面倒をみている）こと
＊「生計関係」同一：請求者自身の子の場合（養子を含む） ／ 維持：請求者自身の子でない子の場合

増額又は減額の原因となる児童

	フリガナ / 氏名	続柄	生年月日	監護(＊)	生計関係(＊)	同居別居	別居の場合、住所を記載
支給対象となる児童			平成 令和 年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	
	個人番号						
			平成 令和 年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	
	個人番号						
			平成 令和 年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	
	個人番号						
			平成 令和 年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	
	個人番号						
増額した理由			ア．出生 イ．その他 （ ）				

減額した理由	ア．死亡した イ．監護しなくなった ウ．生計を同じくしなくなった エ．生計を維持しなくなった	オ．日本国内に住所を有しなくなった カ．施設に入所または里親に委託された キ．その他 （ ）

仙台市記入欄

改定・却下年月日	手当月額	保険証等種別	備考
・ ・	千円	ア．厚生年金保険 イ．私立学校職員共済 ウ．国家公務員共済 エ．地方公務員共済 オ．国保(国民年金) カ．その他（ ）	
通知年月日	改定年月		
・ ・	・ ・ 8条3項適用 有・無		
子ども医療申請		被用区分	
済・未	不備 有・無	ア．被用者 イ．被用者等でない者	