

児童手当 額改定届 (減額用)

認定番号	
受理日	
提出年月日	令和 年 月 日

あて先 新潟市長

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				
フリガナ 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)
	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	
減額の原因となる児童の兄姉等 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)				
フリガナ 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)
	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 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 (留学を理由とするものを除く) カ 未成年後見人でなくなった キ 児童の兄姉等を監護相当の世話を しなくなった ク 児童の兄姉等の生計費の負担を しなくなった	ケ 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) コ 児童自立生活援助を受け、里親等 に委託され、又は児童福祉施設等 に入所若しくは入院するに至った サ 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) シ その他 ()
	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			