児童手当 額改定認定請求書 (施設等受給者用)						
湖南省長 あて		提出年月日	※受付確認年月日			
		令和 0・0・0	令和 . .			
受給者	(ふりがな) 設置者等の 氏名 (法人名 等)	こなん たろう 湖南 太郎	性別 ☒ 男・女			
	生年月日	☒ 昭和 平成 00・00・00				
施設等の 名称	「被用者」とは主に厚生年金加入者。「被用者ではない者」とは主に国民年金及び未加入者 ※確認書類として健康保険証の写しを添付してください		加入している 公的年金制度の 種別			
増額			設置者等の住所地 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒520-3288 湖南省中央1丁目1番 電話 000(0000)0000		
増額	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						
氏名	生年月日	備考				
湖南 松男	☒ 平成 令和 00・00・00					
新たに児童手当支給対象児童となる子(過去に湖南省で児童手当の登録をしたことがない子)						
				平成	. .	
				令和	. .	
				平成	. .	
				令和	. .	
				平成	. .	
				令和	. .	
				平成	. .	
				令和	. .	
				平成	. .	
増額した理由		☒ 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 6・10・1				
備考	※認定・改定・却下	※認定・改定 却下年月日	※認定・改定 年月			
	令和 . .	令和 . .	3歳未满分 3歳以上分 計			
		円	円			