※ | | 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	

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	平成・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	備考
	令和 年　月	□　5，000 □　10，000 □　15，000　円 □　20，000 □　，000	令和	

	ー							ー		

入力・確認	受付年月日
	担当者名

※印の欄は、記入しないでください。