

児童手当額改定届

受付確認年月日

提出年月日

令和 . .

職員番号						
(ふりがな) 氏 名				生 年 月 日	. . .	
住 所				勤 務 課 所 名		
減額の原因となる児童						
氏 名	続柄	生 年 月 日	同居 別居の別	現 住 所	監護の有 無	生 計 関 係
		. . .	同・別		有・無	生計同一・生計維持
		. . .	同・別		有・無	生計同一・生計維持
		. . .	同・別		有・無	生計同一・生計維持
児童手当の額が減額した理由	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 その他 ()					
事由の発生した年月日	令和 年 月 日					
関係書類を添えて児童手当の額の改定について届け出します。 令和 年 月 日 職・氏名 岡山県知事 殿	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 (所属コード) 所 属 住 所 所属長職氏名 印					
次のお通り認定・却下のうえ別紙通知書により所属所長及び受給者に通知してよろしいか。						
令和 年 月 日						
記						
改定・却下 年 月 日	令和 年 月 日	児童手当の額の基礎となる児童数		手 当 月 額	毎 期 支 給 額	
支 給 開 始 年 月 日	令和 年 月 日			人 円	ただし、令和 年 月 円	
認 定 者 印		担 当 者		却下の理由		

台帳記入

児童手当額改定届

受付確認年月日

押印不要

提出年月日

令和 ○・○・○

職員番号

○○○○○○

(ふりがな)

おかやま たろう

氏名

岡山 太郎

生年月日

平成 1・2・10

住所

○○市○○町○-○

勤務課所名

△△市立○○学校

減額の原因となる児童

氏名	続柄	生年月日	同居 別居	の別	現住所	監護の 有無	生計関係
岡山 桃子	長女	令和 1・5・1	同	別	○○市○○町○-○	有・無	生計同一・生計維持
		・	同	別		有・無	生計同一・生計維持
		・	同	別		有・無	生計同一・生計維持

児童手当の額が減額した理由

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 その他 ()

事由の発生した年月日

令和 ○○年 ○○月 ○○日

関係書類を添えて児童手当の額を改定して届けて出します。

令和○○年○○月○○日

職・氏名 教諭 岡山 太郎

岡山県知事 殿

本人の押印は不要です。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和○○年○○月○○日

(所属コード ○A○○○)

所属住所 △△市○○町○-○

所属長職氏名 △△市立○○学校

校長 ○○ ○○



次のとおり認定・却下のうえ別紙通知書により所属所長及び受給者に通知してよろしいか。

令和 年 月 日

※記入しない

記

改定・却下 年月日	令和 年 月 日	児童手当の額の基礎となる児童数	手当月額	毎期支給額
支給開始 年月日	令和 年 月 日	人	円	円 ただし、令和 年 月 円
認定者印		担当者		却下の理由

台帳記入