

子ども手当 増額改定請求書

フリガナ			生年月日	昭 平	年 月 日	
氏 名	印					
※受給者番号		※整理番号		TEL	- -	
住 所	川西市					
新たに支給要件に該当する児童						
フリガナ	続柄	生年月日	同居・別居 の別	現住所 (同居の場合は記入不要)	監護の 有無	生計関係
氏 名						
		. .	同・別		有・無	同一・維持
			同・別		有・無	同一・維持
			同・別		有・無	同一・維持
			同・別		有・無	同一・維持
※改定後の算定基礎児童数			人	※改定後の手当月額		
上記の児童が増加した理由			ア 出生 イ その他()			
事由の発生した年月日			平成 年 月 日			
平成 年 月 日 川西市長 あて						

※欄は、記入しないでください。
*記名押印に代えて、署名することができます。

※受付年月日 : 平成 年 月 日