様式第五号を次のように改める。

様式第5号（第2条・第3条関係）

（表面）

児童手当　額改定認定請求書
額　改　定　届　（施設等受給者用）

殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和　・　・	令和　・　・

受給者	（ふりがな） 設置者等の氏名（法人名等）		性別	男・女	加入している公的年金制度の種別	ア．厚生年金保険　イ．国民年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。　ウ．その他（　　） （　）私立学校教職員共済 （　）国家公務員共済 （　）地方公務員等共済		
	生年月日	明治 大正 昭和 平成　・　・	職業	ア．被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者				
	施設等の名称		施設等の種類		設置者等の住所地（法人の主たる事務所の所在地）	〒　－ 電話　（　）	施設等所在地又は里親住所地	〒　－ 電話　（　）

増額又は減額の別	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
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	
	平成 令和　・　・	

増額した理由	ア．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．委託解除された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　・　・

備考		※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
			令和　・　・	令和　・	3歳未満分　円 3歳以上分　円 計　円

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎　※印の欄は、記入しないでください。
◎　字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

（日本産業規格Ａ列４番）