

児童手当・特例給付の所得上限限度額に係る所得更正申立書

令和 年 月 日

高松市長

申立人（受給者）

住所 _____

氏名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 _____

私は、令和_____年度所得が児童手当・特例給付の所得上限限度額を超えていたため、児童手当・特例給付について、受給事由が消滅して／認定請求が却下になって いましたが、所得に係る更正手続きを行った結果、令和_____年_____月_____日に私の令和_____年度所得が所得上限限度額を下回ることを知りました。

以上のことから、令和_____年度所得に係る支給月分の児童手当・特例給付について、改めて審査・認定するよう希望します。

なお、この申立てについて下記【同意事項】に同意いたします。

【同意事項】

- 児童手当等の支給要件を審査するため、受給者及び配偶者の必要な所得情報等について、マイナンバーを利用した情報ネットワークシステム等により公簿等の確認を行うことや、必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。公簿で確認できない場合は、関係書類を提出します。
- 高松市が受給者及び配偶者の必要な所得情報等の確認ができるようになってから審査や認定を行うことに同意します。
- この申立書は、受給区分の変更を保証するものではないことに同意します。

【受付・審査記入欄】

受付年月日	令和 年 月 日	本人確認	代理権
窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 配偶者等 (氏名 生年月日)	1点 () 2点 () ()	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 請求者の健康保険証(原本) <input type="checkbox"/> その他 ()
※控除後の所得		※所得制限限度額/所得上限限度額	※認定・却下年月日
円	円	令和 . .	児童手当 特例給付