

記入例

児童手当 額改定認定請求書 額改定届

提出年月日	※受付確認年月日
令和 〇・〇・〇	令和 . . .

(あて先) 印西市長

受給者氏名 (ふりがな) 氏名 (法人名等)	いんざい たろう 印西 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒270-131 印西市大森2364-2 電話0476 (42) 5111
性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 平成 <input checked="" type="radio"/> 〇〇・〇〇・〇〇	ア 厚生年金保険 ※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。 ( ) 私立学校教職員共済 ( ) 国家公務員共済 ( ) 地方公務員等共済
職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		加入している公的年金制度の種別	イ. 国民年金 ウ. その他 ( )

増額又は減額の別  増額  減額

増額又は減額の原因となる児童

氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印
印西 花子	子	平成 令和 <input checked="" type="radio"/> . . .	同・別	令和 年 月		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
今回の対象のお子様のお情報を記入してください。								
		平成 令和 . . .	同・別	令和 年 月		有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和 . . .	同・別	令和 年 月		有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

増額又は減額の原因となる児童の兄姉等  
(18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)

氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護相当の有無	生計費負担の有無
		平成 . . .	同・別	令和 年 月		有・無	有・無

増額した理由  ア 出生  イ. その他 ( )

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. 日本国内に住所を有しなくなった (留学を理由とするものを除く)  
カ. 未成年後見人でなくなった  
キ. 児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった

ク. 児童の兄姉等の生計費の負担をしなくなった  
ケ. 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等の帰国)  
コ. 児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、又は児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った  
サ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く)  
シ. その他 ( )

事由の発生した年月日 令和 〇〇 . 〇〇 . 〇〇

備考	※ 事由の発生日(出生日)などを記入してください。	認定・改定・年月	※認定・改定年月	※手当月額
		令和 . . .	令和 . . .	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(かいしよ)ではっきり書いてください。