

児童手当額改定認定請求書額改定届

提出年月日令和・・

※受付確認年月日令和・・

利根町長様

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)		住所 (法人の主たる事務所の所在地)		〒 電話 ()				
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成	加入している 公的年金制度 の種別	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 イ. 国民年金 ウ. その他 ()			
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者							
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
			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
			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弟等 (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 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. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった ク. 児童の兄弟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・・				
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 3歳以上分 計	円 円 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)

(裏面)

備考

1. 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。
2. 受給資格者に周知することにより、注意事項を省略することができる。