

<h1 style="margin: 0;">記入例</h1>		<h2 style="margin: 0;">児童手当 額改定認定請求書 額改定届</h2>		※必ず記入してください				
		提出年月日 令和 ##・##・##	※受付確認年月日 令和 . .					
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等) いしのまき たろう 石巻 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地) 〒986-0825 石巻市穀町14番1号 電話 080(123)4567					
	性別 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	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
石巻 愛子	子	平成 ##・##・##	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 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
増額・減額の原因となった児童のみ記入してください						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)						有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
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	
		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 令和 . .		※認定・改定年月 令和 . .		※手当月額 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。