

記入見本

児童手当 額改定認定請求書
額 改 定 届

牛久市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	被用者：厚生年金又は公務員共済（短期給付を含む）に加入している方 被用者等でない者：自営業や扶養に入っている方	住所 法人の主たる事務所の所在地）	〒 -					
	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	電話 ()					
		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 ()					
増額の対象となった18歳以下（高校生まで）児童についてご記入ください。		減 額 額 又	増 額 ・ 減 額 る 児 童					
氏名	続柄	生 年 月 日	国籍	出生年月	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
うしく さぶろう 牛久 三郎	子	平成 6・10・17	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 . .	同・別	令和 年 月			同一	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 . .	同・別	令和 年 月				・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 事 由 （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）								
（ふりがな） 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 施設に入所若しくは サ. 児童と同居しなく （単身赴任の場合を 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。