

児童手当・特例給付

額改定認定請求書
額改定届

例

大洲市長 殿

提出年月日	令和 4・5・9	※受付確認年月日	令和 . .
-------	----------	----------	--------

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)		ひじかわ たろう 肱川 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒795-8601 大洲市大洲690番地の1 電話 0893 (24) 5718
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	明治 大正 昭和 平成 1・6・6	加入している 公的年金制度 の種別	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者				

厚生年金・公務員以外の共済加入者は、アに○。
被扶養者・国民年金・未加入者等はウに○。

別
増額・減額
減額の原因となる児童

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
肱川 つつじ 子	平成 令和 4・5・2	同・別	平成 令和 年月	(同上でも可)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	平成 令和 年月	同・別	平成 令和 年月		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	平成 令和 年月	同・別	平成 令和 年月		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	平成 令和 年月	同・別	平成 令和 年月		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

監護の有無…子どもの生活の面倒をみている場合は、「有」に○。
生計関係…ご自身の子どもの場合は、「同一」に○。ご自身の子どもでない場合は、別添申立書が必要な場合があります。

増額した理由	<input checked="" type="radio"/> 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. 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) ク. 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院 ケ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) コ. その他 ()

事由の発生した年月日 令和 4・5・2

来庁者名	※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	円
備考	◎受給者本人の場合は不要					3歳未満分	円
						3歳以上小学校修了前分	円
						中学生分	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。

加入年金の確認	本人確認
<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード
<input type="checkbox"/> 受給者台帳	<input type="checkbox"/> 運転免許証
	<input type="checkbox"/> その他 ()