

児童手当 額改定認定請求書
額改定届

善通寺市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
令和 ●●●●●	

受給者	氏名 (ふりがな) 善通寺 太郎	住所 (法人の主たる事務所の所在地) 〇〇町〇〇番地...
	性別 男・女 生年月日 昭和 平成 ●●●●●	電話 XXX (XXXX) XXXX
	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 ア.厚生年金保険 イ.国民年金 ※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

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
善通寺 一子	子	平成 令和 ●●●●●	同・別 同・別	令和 年月 ※該当の場合のみ記入	※別居の場合のみ記入	有・無 有・無	同一 維持 同一

「児童」の住民票上の住所が受給者と異なる場合は、「別居監護申立書」を添付してください。

受給者の健康保険証(写し)を添付してください。(全員必要)
ア.被用者 → 全国健康保険協会、組合など(郵便局や大学法人勤務の方はこちら)
イ.公務員 → 郵便局、大学法人以外の公務員共済など
※公務員の方は勤務先で手続きを行ってください。
ウ.被用者等でない者 → 国保、年金未加入者、配偶者等の被扶養者の方

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 ●●●●●

～記入例～

- ・赤字を参考に記入をしてください。
- ・注意事項をよく読んで記入してください。
- ・受給者の健康保険証(写し)を添付してください。(全員必要)