

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 <input style="width: 100px;" type="text"/> ※受付確認年月日 <input style="width: 100px;" type="text"/>							
受 給 者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)		せんつうじ たろう 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… 電話 XXX (XXXX) XXXX	
	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. 草生年金保険 ※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 <input type="radio"/> 減額 <input type="radio"/>		
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
善通寺 一子		子	平成 令和	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 同一 維持
「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 <input style="width: 100px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>			
～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をしてください。 ・受給者の健康保険証(写し)を添付してください。(全員必要)							