

児童手当

額改定認定請求書
額改定届

高石市長 あて

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	(フリガナ) 氏名 (法人名等)	タカイシ タロウ 高石 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒592- 高石市 電話 090 (1234) 5678
	性別	昭和 平成	生年月日	昭和 平成	加入している公的年金制度の種類
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 () ウ. 被用者等でない者			ア. 厚生年金 ※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 イ. 国民年金 ウ. その他 ()

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

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居別居	別居の場合の住所	海外留学している場合の出国年月	※児童との関係で、該当する場合に○印
タカイシ タロウ 高石 太郎		平成 令和	28.1.1	有 無	同一 維持	同 別	平成 令和	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和	. . .	有 無	同一 維持	同 別	平成 令和	・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)

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	監護相当の有無	生計負担の有無	同居別居	別居の場合の住所	海外留学している場合の出国年月
タカイシ イチロウ 高石 一郎	子	平成	16.4.2	有 無	有 無	同 別	平成 令和
				有	有	同	平成

大学生年代の子（平成14年4月2日から平成18年4月1日までの間に生まれた方）についてご記入ください。

増額した理由 **イ. その他 (児童手当制度改正)**

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. 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 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	※認定番号	※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 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。