

児童手当額改定認定請求書額改定届

提出年月日令和・・

※受付確認年月日令和・・

高石市長 あて

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1丁目2番3号電話 090 (1234) 5678

性別男・女

生年月日昭和1・1・1平成

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類別

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 三郎		平成28・1・1令和	有無	同一維持	同別		平成・令和年月	・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児童の兄姉等(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・令和年月
			有	有	同		平成

大学生年代の子（平成15年4月2日から平成19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（児童手当制度改革）

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.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。