

受付印

児童手当 額改定認定請求書 額 改 定 届

認定番号	
------	--

(請求先) 新座市長

年	月	日	提出
---	---	---	----

受 給 者	フリガナ		生年月日	年	月	日	
	氏名			年	月	日	
	住所	新座市					電話 ()
	加入している 公的年金 に○印	ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. 配偶者の扶養 エ. 私立学校教職員共済 オ. 国家公務員共済 カ. 地方公務員共済 キ. その他 ()					

増額又は減額の別 (どちらかに○印)	増 額 ・ 減 額
--------------------	-----------------

児童手当の額の増額又は減額の原因となる児童 (18歳年度末までの児童)

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	同居・別居	児童の住所 (別居の場合のみ)	監護の有無	生計関係
	. .		同居		有	同一
			別居		無	維持
	. .		同居		有	同一
			別居		無	維持
	. .		同居		有	同一
			別居		無	維持

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年度末から22歳に到達後の最初の年度末までにある子)

(フリガナ) 氏名	生年月日	続柄	同居・別居	子の住所 (別居の場合のみ)	監護相当の有無	生計費負担の有無
	. .		同居		有	有
			別居		無	無
	. .		同居		有	有
			別居		無	無

注意 上記に記載する子の「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。
(児童の兄姉等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)

増額した理由	1. 出生した 2. 新たに児童を養育するようになった 3. その他 ()
--------	--

減額した理由	1. 18歳に達した日の属する年度が終了した 2. 死亡した 3. 監護しなくなった 4. 生計を同じくしなくなった 5. 生計を維持しなくなった 6. その他 ()
--------	---

事由が発生した年月日	年 月 日
------------	-------------

※二重枠の中のみ記入してください。字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

※以下の欄は記入しないでください。

改定 (増額・減額) 年月 年 月		対象となる児童		手当月額		入力者
		改定前	改定後	改定前	改定後	
区分	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	人	人	円	円	
備考						子ども医療
						済・後日
						受付者