

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	ニイザ タロウ	生年月日	S〇〇年 〇月 〇日
	氏 名	新座 太郎		
	住 所	新座市 野火止〇ー×ー△		
	加入している 公的年金 に〇印	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 (どちらかに〇印) 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
ニイザ ヒガシ 新座 東	R〇・〇・〇	子	同居 別居		有 無	同一 維持
	.		同居 別居		有 無	同一 維持
	.		同居 別居		有 無	同一 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
ニイザ ジロウ 新座 二郎	H〇〇・〇・〇	子	同居 別居		有 無	有 無

監護相当・生計費の負担をしている、大学生年代の子がいる場合はご記入ください。
大学生年代の子と高校生年代以下の児童を含め3人以上児童(子)がいる場合は、別途
「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。

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	R〇年 〇月 〇日

※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		対象となる児童		手当月額		入力者
年	月	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						こども医療 済・後日 受付者