

記入例
(減額)

受付印

児童手当 額改定認定請求書
額 改 定 届

認定番号

現在、手当を受給している方を記入してください。

新座市長

年 月 日 提出

フリガナ ニイザ シロウ

生年月日 S〇〇 年 〇月 〇日

名 新座 市郎

住所 新座市 野火止〇ー×ー△

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 ()

電話 0 9 0 (× × × ×) 〇 〇 〇 〇

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 (1 8 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	R〇・〇・〇	子	同居		有	同一維持
新座 東			別居		無	同一維持

児童手当の増額又は減額の原因となる児童の状況を記入してください。

児童の生活について通常必要とされる監督・保護を行わない場合⇒監護無

増 額 又 は 減 額 の 原 因 と な る 児 童 の 兄 姉 等
(1 8 歳 に 達 す る 日 以 後 の 最 初 の 年 度 末 か ら 2 2 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

減 額 し た 理 由

事由が発生した年月日 R〇年 〇月 〇日

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 ()

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 ()

減額原因に該当する項目に〇

増額又は減額との原因となる日
例)出生日等

※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		改定後	
区分	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	改定前	改定後	改定前	改定後
備考		人	人	円	円
					こども医療 済・後日 受付者