

児童手当額改定認定請求書

額改定届

山形県北村山郡大石田町長 殿

		提出年月日		※受付確認年月日	
		令和 . .		令和 . .	
受給者	氏名 (法人名等)			住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒
	性別			加入している 公的年金制度 の種別	ア 厚生年金保険 ※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
	生年月日				イ 国民年金 ウ その他 ()
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者			
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					
氏名	続柄	生年月日	同居・ 別居の別	海外留学をしている場合の 出国年月	住所
			同・別	年 月	
			同・別	年 月	
			同・別	年 月	
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)					※児童との関係で、該当する場合に○印
氏名	続柄	生年月日	同居・ 別居の別	海外留学をしている場合の 出国年月	住所
			同・別	年 月	
増額した理由					ア. 出生 イ. その他 ()
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. 児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、又は児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った 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・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
					3歳未満分 円
			令和 . .	令和 .	3歳以上分 円
				計 円	

◎ ※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。