

児童手当 額改定認定請求書 額改定届

受付確認年月日

提出年月日 令和〇年〇月〇日	(あて先) 座間市長
受給資格の審査のため請求者及び配偶者等の個人番号(マイナンバー)や公簿等を確認し、情報を利用することに同意します。	

(フリガナ) 氏名 (法人名等)	ザマ タロウ 座間 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	座間市 緑ヶ丘一丁目1番1号 電話 〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	
性別	男・女	生年月日	昭和〇年〇月〇日 平成	職業	ア. 会社員(勤務先: 〇〇株式会社) イ. 公務員(勤務先:) ウ. その他(アルバイト・自営業等) エ. なし
加入している 公的年金等の種別	ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. その他(未加入) ※以下の共済組合の組合員である場合は()に〇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 【※国家公務員共済又は地方公務員等共済に加入の場合は、請求者の「健康保険証のコピー」などを添付してください。】				

増額又は減額の別	増額 ・ 減額	認定・却下 番号
----------	---------	-------------

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	同居・別居	海外留学をしている 場合の出国年月	監護の 有 無	生計関係
		ザマ ジロウ 座間 二郎	子	平成〇年〇月〇日 令和	同・別	年 月	有・無
			平成 年 月 日 令和	同・別	年 月	有・無	同一・維持
			平成 年 月 日 令和	同・別	年 月	有・無	同一・維持
			平成 年 月 日 令和	同・別	年 月	有・無	同一・維持

増額又は減額の原因となる児童の妹等	(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	同居・別居	海外留学をしている 場合の出国年月	監護相当の 有 無	生計費負担の 有 無
		ザマ イチロウ 座間 一郎	子	平成〇年〇月〇日	同・別	年 月	有・無
			平成 年 月 日	同・別	年 月	有・無	有・無

増額した理由	ア 出生 イ その他 (制度改正)
--------	------------------------

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 児童の兄妹等を監護相当の世話をしなくなった ク 児童の兄妹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 6 年 10 月 1 日
------------	-----------------

<事務処理欄>

[備考]	判定結果	改定・却下
	改定・却下年月日	令和 年 月 日
	改定年月	令和 年 月 (月特:有・無)
	改定前児童等人数	児童: 人 児童の兄妹等: 人
	改定前月額	円
	改定後児童等人数	児童: 人 児童の兄妹等: 人
	改定後月額	円

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
 ◎太線の枠内を記入してください。
 ◎字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。