

児童手当額改定認定請求書
額 改 定 届

(あて先) 度会郡南伊勢町長

○受給者

提出年月日	令和 年 月 日	この届に基づく審査・認定にあたり、所得状況等の必要事項を調査することに同意します。					
フリガナ		性別	男・女	生年月日		職業	☐ 被用者 ☐ 公務員 ☐ 被用者等でない者
氏名							
住所	〒 電話：						
加入年金	☐ 厚生年金保険 ☐ 国民年金 ☐ 未加入 ☐ その他 () ※厚生年金保険のうち、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						

○増額または減額の原因となる児童

氏名	続柄	生年月日	海外留学 出国年月	同居 別居	住所	監護 有無	生計 関係	※ 児童との 関係
				同・別		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
				同・別		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
				同・別		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

○増額また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)

氏名	続柄	生年月日	海外留学 出国年月	同居 別居	住所	監護 有無	生計 関係
				同・別		有・無	有・無

○額改定事由

増額または減額の別	増 額 ・ 減 額	事由発生年月日	年 月 日
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 ()		

○摘要

※受付確認日	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
令和 年 月 日	令和 年 月 日	年 月	3歳未満分 円 3歳以上分 円 計 円

・※印の欄は記入しないでください。
・字は楷書ではっきり書いてください。