

記入例		児童手当		額改定認定請求書		額改定届	
						提出年月日	※受付確認年月日
						令和 6・10・1	令和 . .
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	なかがわ たろう 中川 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒399-3892 中川村大草4045-1 電話 090(****)****		
	性別	昭和 元・8・1	平成	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		
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者			社会保険 → 被用者 国民健康保険 → 非被用者 ※公務員の方は職場に申請		イ. 国民年金 ウ. その他 ()
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	監護の有無	生計関係
中川 はな	子	平成 20・1・1	同・別				
16～18歳までの児童全員を記入（1枚で足りない場合はコピーして記入） ※0～15歳の児童は記入不要							
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)							
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	監護相当の有無	生計費負担の有無
中川 一郎	子	平成 14・4・2	同・別	令和 年月	東京都〇〇区 〇〇××町×番×× 号 アパート△△102号室	有・無	有・無
19～22歳までの児童全員を記入（1枚で足りない場合はコピーして記入）							
増額した理由				ア. 出生 イ. その他（ 児童手当制度改革 ）			
減額した理由				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所を中止した 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・10・1			
備考	※認定・改定・却下		※認定・改定・却下年月日		※認定・改定年月		※手当月額
			令和 . .		令和 . .		3歳未満分 円 3歳以上分 円 計 円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎ ※印の欄は、記入しないでください。
◎ 字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。