

# 記入例

## 児童手当 額改定認定請求書 額改定届

(宛先) 倉吉市長

|              |          |
|--------------|----------|
| 提出年月日        | ※受付確認年月日 |
| 令和 ● ● ● ● ● | 令和 ● ● ● |

|  |                        |   |              |  |   |   |   |                            |
|--|------------------------|---|--------------|--|---|---|---|----------------------------|
| 受給者  | (ふりがな)<br>氏名<br>(法人名等) | くらよし たろう<br>倉吉 太郎   |              | 住所<br>(法人の主たる事務所の所在地)  | 〒682-8611<br>倉吉市葵町722<br>電話 ×××(×××)×××   |   |   |                            |
|  | 生年月日                   | 昭和<br>平成  | ××・××・××     | 加入している<br>公的年金制度<br>の種別  | <input checked="" type="checkbox"/> ア. 厚生年金保険   | <input type="checkbox"/> イ. 国民年金                                    | <input type="checkbox"/> ウ. その他                                     |                            |
|  | 職業                     | <input checked="" type="checkbox"/> ア. 被用者<br><input type="checkbox"/> イ. 公務員<br><input type="checkbox"/> ウ. 被用者等でない者 |              |  | <input type="checkbox"/> ( ) 私立学校教職員共済<br><input type="checkbox"/> ( ) 国家公務員共済<br><input type="checkbox"/> ( ) 地方公務員等共済 |   |   |                            |
| 増額又は減額の別   |                        |   |              | 増額 ・ 減額  |   |   |   |                            |
| 受給者が加入している公的年金の種別について○をしてください。   |                        |   |              |  |   |   |   |                            |
| 増額に○をしてください。   |                        |   |              |  |   |   |   |                            |
| 氏名   | 続柄                     | 生年月日  | 同居・別居の別      | いる場合の<br>出国年月  | 住所  | 監護の有無   | 生計<br>関係  | ※児童との関係<br>で、該当する<br>場合に○印 |
|  |                        | 平成<br>令和  | 同・別          | 令和 年月  |   | 有・無   | ・同一<br>・維持  | ・未成年後見人<br>・父母指定者<br>・同居父母 |
|  |                        | 平成<br>令和  | 同・別          | 令和 年月  |   | 有・無   | ・同一<br>・維持  | ・未成年後見人<br>・父母指定者<br>・同居父母 |
|  |                        | 平成<br>令和  | 同・別          | 令和 年月  |   | 有・無   | ・同一<br>・維持  | ・未成年後見人<br>・父母指定者<br>・同居父母 |
| 増額又は減額の原因となる児童の兄姉等<br>(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) |                        |   |              |  |   |   |   |                            |
| 「監護相当・生計費の負担についての確認書」も提出してください   |                        |   |              | 住所   | 監護相当<br>の有無   | 生計費<br>負担<br>の有無  |   |                            |
| 倉吉 一郎  | 子                      | 平成<br>△・△・△   | 同・別          | 令和 年月  | 別居の場合は記入  | <input checked="" type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |                            |
| 増額した理由   |                        |   |              | ア. 出生<br><input checked="" type="checkbox"/> イ. その他 ( 多子加算対象 )   |   |   |   |                            |
| 減額した理由   |                        |   |              | ア. 死亡した<br>イ. 監護しなくなった<br>ウ. 生計を同じくしなくなった<br>エ. 生計を維持しなくなった<br>オ. 日本国内に住所を有しなくなった<br>(留学を理由とするものを除く)<br>カ. 未成年後見人でなくなった<br>キ. 児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった<br>ク. 児童の兄姉等の生計費の負担をしなくなった<br>ケ. 父母指定者でなくなった<br>(児童の生計を維持する父母等の帰国)<br>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<br>サ. 児童と同居しなくなった<br>(単身赴任の場合を除く)<br>シ. その他 ( ) |   |   |   |                            |
| 事由の発生した年月日   |                        |   |              | 令和 8 ・ 4 ・ 1   |   |   |   |                            |
| 備考   | ※認定・改定・却下              |   | ※認定・改定・却下年月日 | 令和 ● ● ● ● ●   | ※認定・改定年月  | 令和 ● ● ● ● ●  | ※手当月額   |                            |
|  |                        |   |              |  |   |   | 3歳未満分 円<br>3歳以上分 円<br>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。