

# 児童手当 額改定認定請求書 額改定届

※ 受付年月日

提出年月日
年 月 日 (                      )

調布市長 宛

受給者	ふりがな				住所	調布市	
	氏名					電話 (                      )	
者	性別	男・女	生年月日	年 月 日		加入している 公的年金制度 の種類	ア 厚生年金保険 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					※以下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	※児童との関係で、該当する場合に○印
		年 月 日	同・別	年 月		有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		年 月 日	同・別	年 月		有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		年 月 日	同・別	年 月		有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		年 月 日	同・別	年 月		有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

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	
		年 月 日	同・別	年 月		有・無	有・無	

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	年 月 日
------------	-------

備考	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
	年 月 日		計 円

◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。