

令和6年度 児童手当 額改定認定請求書

（あて先）成田市長

提出年月日	※受付確認年月日
年 月 日	

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)		性別	生年月日	住所 (法人の主たる事務所の所在地)
			男・女	年 月 日	
職業	<input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等でない者			電話番号	
加入年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険 (<input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員等共済) <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 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【高校生年代（18歳に達した最初の年度末）までの児童】

氏名	続柄	生年月日 <small>留学をしている場合出国年月</small>	監護の有無	生計関係	同居・別居の別	住所 (別居の場合)	※児童との関係 該当する場合に○
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同一	<input type="checkbox"/> 同		・ 未成年後見人 ・ 父母指定者 ・ 同居父母
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 別		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同一	<input type="checkbox"/> 同		・ 未成年後見人 ・ 父母指定者 ・ 同居父母
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 別		
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同一	<input type="checkbox"/> 同		・ 未成年後見人 ・ 父母指定者 ・ 同居父母
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 別		

増額又は減額の原因となる児童の兄弟等【18歳に達した最初の年度末の翌日から22歳に達した最初の年度末までの子】

氏名	続柄	生年月日 <small>留学をしている場合出国年月</small>	監護相当の有無	生計費負担の有無	同居・別居の別	住所 (別居の場合)
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 別	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 別	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 別	

増額した理由 ア 出生 イ その他 (児童手当法の改正による)

減額した理由

<input type="checkbox"/> ア. 死亡した	<input type="checkbox"/> ク. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった
<input type="checkbox"/> イ. 監護しなくなった	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> ウ. 生計を同じくしなくなった	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> エ. 生計を維持しなくなった	<input type="checkbox"/> サ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く)
<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> シ. その他 ()
<input type="checkbox"/> カ. 未成年後見人でなくなった	
<input type="checkbox"/> キ. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった	

事由の発生した年月日 令和6年10月1日

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
				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（かいしょ）ではっきり書いてください。

注意

- 1 この用紙は、受給者が養育（監護し、かつ、生計を同じくするか又は生計を維持することをいいます。以下同様です。）をする児童（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）又は経済的負担（監護に相当する日常生活上の世話及び必要な保護並びにその生計費の相当部分の負担を行っていることをいいます。）のある児童の兄姉等（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をいいます。）に異動があり、その結果、児童手当の額が増額又は減額する場合に、その増額又は減額の原因となる児童について記入の上、提出してください。
なお、児童手当の額が減額する場合は、「監護の有無」及び「生計関係」の欄は記入する必要がありません。
- 2 児童が海外に留学している場合は、「留学をしている場合出国年月」の欄に、いつから留学しているか（出国した年月）を記入してください。
- 3 「氏名（法人名等）」の欄は、受給者が個人である場合は氏名を、法人である場合は法人名及び代表者氏名を記入してください。
- 4 「住所（法人の主たる事務所の所在地）」の欄は、受給者が個人である場合は住民票上の住所を、法人である場合は主たる事務所の所在地を記入してください。
- 5 「性別」、「職業」、「生年月日」の欄は、受給者が法人である場合は記入する必要はありません。
- 6 「加入年金」の欄は、3歳に満たない児童がいる請求者に限り、請求の日における公的年金制度の加入の状況について、次により記入してください。
ア 加入している公的年金制度について、該当するものを☑してください。「その他」を☑した場合は、（ ）内にその年金の名称を記入してください。
イ 「厚生年金保険」を☑した場合で、第四種被保険者又は高齢任意加入被保険者（これらの者が保険料を自ら全額負担している場合に限ります。）であるときは、当該欄の余白に「四種」又は「高任」と記入してください。
- 7 「生計関係」の欄は、次によって記入してください。
① 「同一」は、児童が受給者自身の子である場合や受給者が未成年後見人又は父母指定者である場合で、受給者がその児童と生計を同じくしているときに☑してください。
② 「維持」は、児童が受給者自身の子でない場合で、受給者がその児童の生計を維持しているときに☑してください。
- 8 増額又は減額の原因となる「児童の兄姉等」の欄の「監護相当の有無」の欄は、監護に相当する日常生活上の世話及び必要な保護をしている場合には、☑してください。
- 9 増額又は減額の原因となる「児童の兄姉等」の欄の「生計費の負担の有無」の欄は、当該児童の兄姉等が受給者の収入により子の日常生活の全部又は一部を営んでおり、かつ、これを欠くと通常の生活水準を維持することができない場合には、☑してください。例えば同居であって子の学費や家賃・食費相当の負担の少なくとも一部を親が負っている場合、別居であって親が学費や生活費の一部を仕送りしている場合等が該当します。
- 10 「増額した理由」の欄は、「ア」又は「イ」のいずれか該当するものを☑して、「イ」を☑した場合は、その理由を具体的に記入してください。
- 11 「減額した理由」の欄は、「ア」から「シ」までのいずれか該当するものを☑してください。「シ」を☑した場合は、その理由を具体的に記入してください。（※「コ、児童自立生活援助を受け、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院」については、児童自立生活援助を受け、委託又は入所若しくは入院が2月以内の期間を定めて行われたものである等一定の要件に該当する場合は該当せず、額改定届を提出する必要はありません。）
- 12 「事由の発生した年月日」の欄は、「10」又は「11」の事由の発生した年月日を記入してください。
- 13 この請求書には、児童手当の額が増額する場合は、増額の原因となる児童又は児童の兄姉等について、次の書類を添えて提出してください。なお、当該書類により証明すべき事実を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含みます。）によって市町村長（特別区の区長を含みます。）が確認することができるときは、当該書類は省略することができます。
① 児童又は児童の兄姉等が他の市町村（特別区を含みます。）に住所を有する場合は、その児童の住民票の写し又は住民票記載事項証明書であって、その児童が世帯主である場合にはその旨、その児童が世帯主でない場合には世帯主との続柄が記載されたもの
② 児童が海外に留学をしている場合は、当該児童が日本国内に住所を有しなくなった日の前日まで引き続き3年を超えて日本国内に住所を有し、教育を受けることを目的として外国に居住していることを明らかにすることができる書類
③ 児童が受給者自身の子であり、受給者がその児童と別居している場合は、受給者のその児童に対する養育の状況を明らかにすることができる書類
④ 受給者が未成年後見人である場合は、当該事実を明らかにすることができる書類
⑤ 受給者が父母指定者である場合は、当該事実を明らかにすることができる書類
⑥ 児童が受給者自身の子でない場合は、父母とその児童との養育関係及び受給者とその児童との養育関係を明らかにすることができる書類（受給者が未成年後見人又は父母指定者である場合を除く。）
⑦ 生計を同じくしない配偶者等と別居し、児童と同居している場合は、当該事実を明らかにすることができる書類
⑧ 3歳に満たない児童がいる受給者が被用者であるときは、当該事実を明らかにすることができる書類
⑨ 児童の兄姉等の欄の「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、当該欄に記載した子に係る、監護相当・生計費の負担についての確認書
⑩ 児童の兄姉等について「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも有の場合に、児童の兄姉等が海外に留学している場合は、当該児童の兄姉等が、日本国内に住所を有しなくなった日の前日まで引き続き3年を超えて日本国内に住所を有し、教育を受けることを目的として外国に居住していることを明らかにすることができる書類

備考

1. 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。
2. 受給資格者に周知することにより、注意事項を省略することができる。

記入例

令和6年度 児童手当

額改定認定請求書
額改定

(あて先) 成田市長

児童手当者を受け取っている方について記入してください。

提出年月日	※受付確認年月日
令和6年10月1日	

受給者	(ふりがな) 氏名(法人名) なりた たろう		性別	生年月日	住所(法人の主たる事務所の所在地)
	成田 太郎		男 女	昭和 54年 5月 5日	成田市花崎町740番地
職業	<input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 被用者等で		電話番号	090 - 1234 - 5678	
加入年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 国家公務員共済		日中連絡がとれる番号()

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【高校生年代(18歳に達した最初の年度末)までの児童】

氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居・別居の別	住所(別居の場合)	※児童との関係該当する場合に○
成田 二子	子	平成21年1月1日	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同一	<input type="checkbox"/> 同	〇〇県〇〇市 〇〇町1-1-1	<ul style="list-style-type: none"> 未成年後見人 父母指定者 同居父母
上欄			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同一	<input type="checkbox"/> 同		<ul style="list-style-type: none"> 未成年後見人 父母指定者 同居父母
			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同一	<input type="checkbox"/> 同		
			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同一	<input type="checkbox"/> 同		

請求者と高校生年代以下の児童が別居している場合は、成田市ホームページより「児童手当 当別居監護申立書」をダウンロードし、ご記入・ご提出をお願いいたします。

増額又は減額の原因となる児童の兄弟等【18歳に達した最初の年度末の翌日から2歳未満の児童】

氏名	続柄	生年月日	監護相当の有無	生計費負担の有無	同居・別居の別	住所(別居の場合)
成田 うなり	子	平成16年6月6日	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同	
成田 うなこ	子	平成17年7月7日	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 同	
下欄			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同	
			<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 同	

増額した理由 ア 出生 イ その他 (児童手当法の改正による)

減額した理由

<input type="checkbox"/> ア. 死亡した	<input type="checkbox"/> ク. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった
<input type="checkbox"/> イ. 監護しなくなった	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> ウ. 生計を同じくしなくなった	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> エ. 生計を維持しなくなった	<input type="checkbox"/> サ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く)
<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> シ. その他 ()
<input type="checkbox"/> カ. 未成年後見人でなくなった	
<input type="checkbox"/> キ. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった	

事由の発生した年月日 令和6年10月1日

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
				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(かいしょ)ではっきり書いてください。