

（表面）

郵送の場合は投函日をご記入ください。

児童手当 額改定認定請求書 額改定届

成田市長

提出年月日	※受付確認年月日
令和 〇〇・11・11	令和 . .

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	なりた たろう 成田 太郎		住所 （法人の主たる事務所の所在地）	成田市花崎町760番地 電話 090（9999）9999	
	性別	男	生年月日	昭和 . 2 . 1 . 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 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				

「職業」の欄は、厚生年金加入事業所勤務の会社員は「ア. 被用者」、国民年金のみの会社員や自営業者、受給者に扶養されている配偶者は「ウ. 被用者等でない者」に○をしてください。

請求者が児童を養育していれば「有」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 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
成田 二郎	子	平成 令和 6.1.1	同・別	令和 年 月		有 無	同一・維持	未成年後見人 父母指定者 同居父母
			別	令和 年 月				未成年後見人 父母指定者 同居父母
		平成 令和 . .	同・別	令和 年 月				未成年後見人 父母指定者 同居父母

増額・減額の要因となった児童のみを記入してください。

児童が請求者自身の子である場合は、「同一」、児童が請求者自身の子でない場合は「維持」に○をしてください。

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
		平成 . .	同・別	令和 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		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（ ） 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

事由の発生した年月日			令和 6 . 1 . 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（かいしょ）ではっきり書いてください。