記入例

（表面）

太枠の中をご記入ください

児童手当　額改定認定請求書
額　改　定　届

甲斐市福祉事務所長　殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和　○・○・○	令和　・　・

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	かい　たろう 甲斐　太郎	性別	男・女	生年月日　昭和・平成　○・□・△
	住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒400-○○○○ 甲斐市篠原２６１０番地　電話　０８０（○○○○）□□□□			
	職業	ア．被用者 イ．公務員（　　） ウ．被用者等でない者	加入している公的年金制度の種別	ア．厚生年金保険　イ．国民年金 ウ．その他（　　） ※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	
	増額又は減額の別	増額・減額			

【職業】
ア．**被用者**（社会保険 等）
イ．**公務員**（**職場名**を詳しくご記入ください）
［例］○○小学校、○○立○○病院 等
ウ．**被用者等ではない者**（国民健康保険、生保 等）

※公務員の方は、原則、職場からの支給となります。
ただし、雇用形態や所属部署が変わる場合、市からの支給となる場合がありますので、職場に確認してください。
職場からの支給になる方は、別途手続きが必要となりますのでご連絡ください。

【加入している公的年金制度の種別】
ア．**厚生年金**（社会保険、公務員　等）
イ．**国民年金**（国民健康保険、建設国保 等）
ウ．**その他**（生保 等）
※公務員の方は、加入している共済組合の括弧内に○を記入

令和	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
令和	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

増額又は減額の原因となる児童の兄姉等
（18歳に達する日以後の最初の３月31日から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
甲斐　秋	子	平成　＊・＊・＊	同・別	令和　年　月	東京都足立区△○1234-5 □△×アパート101	有・無	有・無

該当する子が２人以上いる場合は、人数分の申請書を記入のうえご提出ください。
※申請書は市ウェブサイトよりダウンロード可能です

【住所について】
住民票上の住所を記入してください

増額した理由	ア．出生 イ．その他（算定児童を新たに追加した　） ク． ケ． コ．児童が生活費を支弁し、生計等に委託され、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（　　）
減額した理由	カ．未成年後見人でなくなった キ．児童の兄姉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　○・４・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 3歳以上分 計	円 円 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。

（日本産業規格Ａ列４番）