

## 増額 記入例

児童手当 額改定認定請求書 額 改 定 届										
児童手当受給者、振込先の氏名 泉大津市長様										
受 給 者	(フリガナ) 氏名 (法人名等)	イスミオオツ タロウ 泉大津 太郎			住所 (法人の主たる事務所の所在地)	泉州大津市 東雲町9番12号 電話 080 (○○○○) ○○○○			提出年月日 令和 7 ・ ○ ・ ○	※受付確認年月日 令和 7 ・ ○ ・ ○
	性別 <input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日 昭和 50 ・ 5 ・ 5 平成	加入している 公的年金制度 の種別	① 厚生年金保険 <input checked="" type="checkbox"/> イ. 国民年金 ※以下の共済組合の組合員である場合 <input type="checkbox"/> ウ. その他 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										
となる児童										
サラリーマンなど厚生年金に加入→「ア」 自営業など国民年金に加入→「イ」										
氏名		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					
			有・無	・同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
			有・無	・同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
			有・無	・同一・維持	・成年後見人 ・母指定者 ・同居父母					
増額又は減額の原因となる (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日までに発生した事由)										
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		
泉大津 泉		子	平成 18・6・6	<input checked="" type="radio"/> 同・別	令和 年 月		<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 有・無		
増額した理由		ア. 出生 ①. その他 (児童手当制度改正)								
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かった 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. 児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった ク. 児童の兄姉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					令和 7 ・ 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 7 ・ 4 ・ 1		令和 7 ・ 4 ・ 1		3歳未満分 3歳以上分 計			

◎ 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)