

児童手当

額改定認定請求書 額 改 定 届

NO.

柏市長 あて

受給者番号	
宛名番号	

提出年月日	受付確認年月日
R . .	

※太ワクの中をご記入ください。

受給者 (養育者)	フリガナ		生年月日	S・H . .
	氏名			
	住所	柏市 Tel ()		

増額又は減額の別	増額・減額
増額又は減額の原因となる子ども (高校生相当(18歳年度末まで)の子ども)	

フリガナ 子ども氏名	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 ※子どもと別居の場合のみ記入	監護の 有無	生計 関係	※子どもとの関係で、 該当する場合に○印
		H . . R . .	同・別	H・R 年 月		有・無	同一・ 維持	・ 父母指定者 ・ 未成年後見人 ・ 同居父母
		H . . R . .	同・別	H・R 年 月		有・無	同一・ 維持	・ 父母指定者 ・ 未成年後見人 ・ 同居父母
		H . . R . .	同・別	H・R 年 月		有・無	同一・ 維持	・ 父母指定者 ・ 未成年後見人 ・ 同居父母

増額又は減額の原因となる児童の兄弟等 (大学生相当(22歳年度末まで)の子ども)							
---	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ 子ども氏名	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	監護相当 の有無	生計費 負担の 有無	
		H . . R . .	同・別	R 年 月	有・無	有・無	

【注意】「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、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。
(児童の兄弟等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)

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	R . .		
加入している公的年金制度の種別	認定・改定・却下年月日	改定年月	手当月額
ア 厚生年金保険 イ 私立学校教職員共済	R	R	3歳未満分 円
ウ 国家公務員共済 エ 地方公務員共済			3歳以上分 円
オ 国民年金 カ 未加入			計 円
資格取得日	被・非		

※ 同一は児童が受給者の子であること。維持とは祖父母等が養育していること。

R7. 3. 11～