

2人目以降の
出生の場合

児童手当

額改定認定請求書
額改定届

※受付年月日

調布市長 宛

児童手当受給者(保護者)の氏名・生年月日・住所・性別を記入します。

提出年月日

年 月 日 ()

受給者	ふりがな	ちょうふ たろう		住所	調布市 ○○町1-2-3		
	氏名	調布 太郎			電話	○○○ (○○○○) ○○○○	
職業	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	○年○月○日		ア 厚生年金保険 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		加入している 公的年金制度 の種類	※以下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		ア:被用者...厚生・共済年金加入者 (主に会社員の方) ウ:被用者等でない者...国民年金加入者 (自営業、パート、専業主婦など)		増額		減額	
増額又は減額の原因となる児童							
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	監護の有無	生計関係
調布 一太		○年○月○日	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	年 月		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	・同一 ・維持 ※児童との関係で、該当する場合に○印 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
調布 二子		○年○月○日	同 <input checked="" type="radio"/> 別	年 月	別居の場合、記入してください。	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	・同一 ・維持 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		年 月 日	同・別	年 月			未成年後見人
18歳以下のお子さまをすべて記入してください。							
監護...保護者が児童の生活について必要な監督・保護を行っている場合は、「有」 生計...児童が受給者の子で、生計を同じくしている場合は「同一」、受給者自身の子でない(親族の子など)場合は「維持」							
増額又は減額の原因となる児童 (18歳年度末から22歳年度末のお子さまがいる場合、記入してください。 ※3人以上お子さまがいる場合、追加で書類の提出が必要です。)							
氏名		生年月日	同居・別居の別	住所	監護相当の有無	生計費負担の有無	
調布 花子		○○年○月○日	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	年 月	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
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 ()							
対象のお子さまの出生日を記入してください。							
事由の発生した年月日				○年○月○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	
				年 月 日		計 円	

◎ 字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。