

認定番号						
------	--	--	--	--	--	--

児童手当
額改定認定請求書
額 改 定 届

提出年月日
令和 . .

（あて先）高 崎 市 長

受 給 者	(ふりがな)				住所	電話 ()	
	氏名						
	性別	男・女	生年月日	昭和 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（勤務先：ウ. 被用者等でない者 ()					
増 額 又 は 減 額 の 別					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 (別居の場合のみ記入)	監 護 の 有 無	生 計 関 係	※児童との関係 で、該当する場 合に○印
		平成 令和 . .	同・別	平成 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
		平成 令和 . .	同・別	平成 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
		平成 令和 . .	同・別	平成 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
		平成 令和 . .	同・別	平成 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
		平成 令和 . .	同・別	平成 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 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. 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) ク. 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院 ケ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) コ. その他 ()
-------------	--

現在手当が支給 されている児童	氏 名		生年月日	平成 令和	.	.
				平成 令和	.	.
				平成 令和	.	.
				平成 令和	.	.

事 由 の 発 生 し た 年 月 日	令和 . .
---------------------	--------

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 第3子以降分 計 円 円 円 円

□ 2カ月以内の健康保険証の変更（有・無）		担 当	受付	入力	確認	受付年月日
◎ ※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。						

・被用者＝厚生年金、私立学校教職員共済に加入の方（任意継続の方は除く）
 ・被用者等でない者＝国民年金加入の方、任意継続の方、年金に加入していない方、厚生年金加入者の扶養の方

認定番号

記入例

定請求書
定 届提出年月日
令和 7・ 6・1

受給者	氏名 タカサキ タロウ 高崎 太郎	住所 高崎市高松町35番地1 電話 027(321)1247
性別	男	生年月日 昭和 平成
職業	被用者 公務員（勤務先：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 以下、国民年金 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
公務員の場合は勤務先名称を記入してください。 (〇〇県立〇〇高等学校、公立〇〇病院など)		
氏名	続柄	出生年月日
高崎 二郎	子	平成 4・5・31
		同・別
		平成 年 月
		同・別
		平成 年 月
		同・別
		平成 年 月
		同・別
		平成 年 月
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、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) ク、里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院 ケ、児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) コ、その他 ()
現在手当が支給 されている児童	氏名	生年月日
	高崎 一郎	平成 23・4・1
		平成 年 月
		平成 年 月
		平成 年 月
		平成 年 月
事由の発生した年月日		令和 7・5・1
備考	※認 改入 却下	※手当月額
	令和 年 月	令和 年 月
	令和 年 月	令和 年 月
	令和 年 月	令和 年 月
	令和 年 月	令和 年 月
□ 2カ月以内の健康保険証の変更（有・無）		受付 入力 確認
◎ ※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。		受付年月日

減額になる児童について
ご記入ください。別居の場合はご記入ください。
(同居の場合は空欄)該当する理由に○を
つけてください。既に手当が支給されている児童
についてご記入ください。手当月額を改定する該当日を記入
してください。