

児童手当 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) 氏名		住所								
	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	電話 ()					
	職業	ア. 被用者 ウ. 被用者等でない者 イ. 公務員(勤務先:)				ア. 厚生年金保険 以下と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		イ. 国民年金 ウ. その他 () 地方公務員等共済			
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		統柄	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		
<input type="checkbox"/> 2ヶ月以内の健康保険証の変更(有・無) ◎※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。				担 当	受付		入力		確認		受付年月日

様式第4号（第2条・第3条関係）

- ・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

求書屆

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						
	性別 男	生年月日 昭和 平成	加入している 公的年金制度 の種別	電話 027(321)1247 ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ベルト状の共済組合の組合員である場合 ハ. その他 () 私立学校教職員共済 () 地方公務員等共済 () 地方公務員等共済						
	職業 ア. 被用者 イ. 公務員(勤務先:)	ウ. 被用者等でない者	() 私立学校教職員共済 () 地方公務員等共済 () 地方公務員等共済							
生計の中心者(手当を受 給の保護者の方)につい てご記入ください。			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。 (○○県立○○高等学校、公立○○病院など)										
兵役	就学年 令和	工年	別居の別	出国年月 (別居の場合のみ記入)	有無					
高崎 二郎	子	平成 令和	4・5・31	同・別	平成 令和	年 月	有・無	同一 維持	※児童との関係 で、該当する場 合に○印	
お生まれになった児童に ついてご記入ください。			平成 令和	・ ・	同・別	平成 令和	年 月	別居の場合はご記入ください。 (同居の場合は空欄)		
									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			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			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			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 ()						未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	
減額した理由			該当する理由に○を つけてください。						未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	
現在手当が支給 されている児童	氏名 高崎 一郎		平成 令和	23	4	1				
			平成 令和	・	・	・				
			生年月日	児童の出生日等、手当月額を改定す る該当日を記入してください。						
事由の発生した年月日				令和 7 · 5 · 31						
備 考				※認定・改定・	※認定・改定	※手当月額				
★添付書類★ <ul style="list-style-type: none"> 国家・地方公務員等共済の方や2カ月以内に健康保険情報の変更がある方等で、出生等で3歳未満の児童の増額の場合は、請求者の健康保険情報が確認できるものの写し(資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルの資格情報画面) <p>□ 2カ月以内の健康保険証の記入欄は、記入しないでください ◎ 字は、楷書(かいしょ)ではつき</p> <p>健康保険情報が確認できるものの写しは記号・番号・保険者番号を黒塗りするなどして消し込んでください。</p>										

様式第4回(第4タ、第4タ用紙)

認定番号

記入例

- 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

認定請求書
届

提出年月日

令和 7・6・1

受給者	(あてふり) 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 <input checked="" type="radio"/> 男	生年月日 昭和 平成	・ ・	加入している公的年金制度の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 以下の共済組合の組合員である場合 <input type="checkbox"/> は括弧内に○を記入してください。 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> 國家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員等共済			
職業 <input checked="" type="checkbox"/> ア 被用者 <input type="checkbox"/> 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				
公務員の場合は勤務先名称を記入してください。 (○○県立○○高等学校、公立○○病院など)								
氏名	続柄	平成 令和	4・5・31	同・別	平成 令和	年 月	有無	
高崎 二郎	子	平成 令和	4・5・31	同・別	平成 令和	年 月	同一 ・ 維持	
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)				
平成 令和	・ ・	同・別	平成 令和	年 月	有・無	・ 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 該当する理由に○を つけてください。		ア. 死亡した イ. 監護しなくなった 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) ヲ. その他 ()
現在手当が支給 されている児童	氏名	高崎 一郎		平成 令和	23・4・1	平成 令和	・ ・	平成 令和
		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。		生年月日	手当月額を改定する該当日を記入して ください。			
事由の発生した年月日				令和 7・5・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歳以上小学校修了前分 中学生分 計
<input type="checkbox"/> 2ヵ月以内の健康保険証の変更（有・無） ◎※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。				担当	受付	入力	確認	受付年月日