

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			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			
□ 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。

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

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	男	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	
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員（勤務先：ウ. 被用者等でない者）					
増額又は減額の理由					増額 ・ 減額		
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。					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	生年月日	別居の別	出国年月	（別居の場合のみ記入）	有・無	生計関係 ※児童との関係で、該当する場合に○印
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 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和 年 月	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 年 月	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 年 月	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 ウ. 生計を同じ エ. 生計を維持 オ. 日本国内に住所を有しなくなった（単身赴任の場合を除く） カ. 未成年後見人でなくなった コ. その他（ ）		
現在手当が支給されている児童	氏名	高崎 一郎	生年月日	平成 令和 23・4・1	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。		
					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

□ 2カ月以内の健康保険証の

◎ ※印の欄は、記入しないでください

◎ 字は、楷書（かいしよ）ではつき

★添付書類★

- ・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）

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。

・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

請求書
認定 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	男	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	
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	加算の別	出国年月	加算の場合の記入	有 無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する 場合に○印
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	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成	同・別	平成 令和 年 月		同一	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		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	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	高崎 一郎	平成 令和 23・ 4・ 1	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	令和	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	令和	※認定・改定 年月	令和	※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	円 円 円 円		
□ 2カ月以内の健康保険証の変更（有・無）		担	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。		当					