

児童手当 額改定認定請求書
額改定届

岡谷市長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	おかや じろう 岡谷 二郎		住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒 394-8510 岡谷市幸町8-1 連絡先（携帯等）090（1234）1234
	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 平成 56 . 10 . 1	加入している 公的年金制度 の種別
職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		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 （ ）		

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	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	
<p>○受給者は現在児童手当を受給（口座名義人）している方になります。</p> <p>○監護相当・生計費の負担についての確認書の対象者の氏名を記載してください。</p> <p>○別居の場合（住民票の異動）は住所の記載をお願いします。</p>								同一維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
								同一維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
								同一維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

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	監護相当の有無	生計費負担の有無
		平成 . .	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	令和 年 月		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
		平成 . .	同 <input type="radio"/> 別 <input checked="" type="radio"/>	令和 年 月		有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>

増額した理由 ア. 出生 イ. その他（ 多子加算 ）

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. 児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった

ク. 児童の兄姉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 令和 8 . 4 . 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 円 3歳以上分 円 計 円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎ ※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。

※受付番号	※コード	世帯	確認印	※処理	端末機申請	端末機認定	通知	支給実績	受給者番号
	住民								