

児童手当額改定認定請求書・届

受 付 者	受 付 印
減 額	

(あて先) 寝 屋 川 市 長

認定番号

提出年月日	令和 ※ 年 ※ 月 ※ 日	日中連絡先	(●●●) - ▲▲▲ - ▼▼▼▼
フリガナ	ネヤガワ タロウ	夜間連絡先	(●●●) - ▲▲▲ - ▼▼▼▼
受給者氏名	寝屋川 太郎	生年月日	昭 50 年 1 月 1 日 平
※公務員の方は職場での手続きが必要です。			
住 所	寝屋川市 池田西町●番●号		
加入している 年金の種類	☒ 厚生年金 ※ 以下の共済組合の組合員である場合は○をつけてください。 (国家公務員共済・地方公務員等共済の場合は保険証の写しを添付してください。) ☒ 私立学校教職員共済 (国家公務員共済・地方公務員等共済) ☐ 国民年金 ☐ 未加入 ☐ その他 ()		

※該当のものに☑を入れ、増額(減額)対象児童について記入して下さい。

増額 (額改定認定請求)	☐ 出生 ☐ 施設入所した ☐ その他 ()							
	(フリガナ) 増額対象児童氏名	生年月日	続柄	同居区分	監護	施設入所	生計関係	
	厚生年金加入のうち、「国家公務員共済」・「地方公務員等共済」の組合員である場合は、請求者の健康保険証のコピーが必要です。 あわせて、備考欄に勤務先を記入してください(勤務先での受給状況を確認する必要があるため)。 保険者番号および被保険者等記号・番号はマスキングしてください。 「私立学校教職員共済」・「国家公務員共済」・「地方公務員等共済」の組合員である場合は○をつけてください。共済組合の組合員でない場合は、○は不要です。							同一・維持
	別居の							同一・維持
	増額事由発生年月日 平成 年 月 日							※児童と別居の場合「別居監護申立書」
減額 (額改定届)	☒ 監護(養育)しなくなった ☐ 死亡した ☐ 施設入所した ☐ 里親に委託された ☐ その他 ()							
	(フリガナ) 減額対象児童氏名	生年月日	減額事由発生年月日					
	ネヤガワ シロウ 寝屋川 次郎	平成 24 年 4 月 1 日 令和 年 月 日	平成 4 年 5 月 30 日 令和 年 月 日					

<受付>

<審査欄>

該当のものに☑をつけてください。
支給対象児童の全員を監護しなくなった場合には、「受給事由消滅届」の提出となります。
施設入所の場合は、入所日がわかる書類の写し(措置決定通知書等)が必要です。

認定	年月日	令和
却下	日	
改定年月	令和	年 月
改定後手当月額	円	
☐ 出生・転入より 15 日以内の申請		