

児童手当額改定認定請求書・届

受 付 者	受 付 印
	増 額

該当のものに☑をつけてください。施設退所の場合は、退所日がわかる書類の写し(措置解除決定通知書等)が必要です。

認定番号 _____

年 ※ 月 ※ 日	日中連絡先 (●●●) - ▲▲▲ - ▼▼▼▼
アカワ 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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。) <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 未加入 <input checked="" type="checkbox"/> (私立学校教職員共済) 国家公務員共済・地方公務員等共済 <input type="checkbox"/> その他()

※該当のものに☑を入り、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)	<input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 施設退所した <input type="checkbox"/> その他()	養育している場合は「有」に○をつけてください。						
	(フリガナ) 増額対象児童氏名	生年月日	続柄	同居区分	有・無	施設入所	生計関係	
	ネヤガワ サブロー 寝屋川 三郎	平成 4 年 5 月 1 日	子	同居 別居	有・無	有・無	同一・維持	
	別居の場合の住所	同居 別居	有・無	有・無	同一・維持			
	増額事由発生日	平成 4 年 5 月 1 日	※児童 立書					

別居の場合には、「別居監護申立書」の提出が必要です。

受給者自身の子の時は「同一」に、受給者自身の子でない時は「維持」に○をつけてください。「維持」の場合は、「養育申立書」が必要です。

減額(額改定届)	<input type="checkbox"/> 監護(養育)しなくなった <input type="checkbox"/> 死亡した <input type="checkbox"/> 施設入所した	
	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。	生年月日
	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。	月 日

<受付担当者確認欄>
 増額対象児童と別居の場合
 「別居監護申立書」同時提出
 18歳年度末から22歳年度末の児童の場合
 「監護相当・生計費の負担についての確認書」同時提出

<審査欄>	
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
<input type="checkbox"/> 出生・転入より15日以内の申請	

<備考>