児童手当・特例給付
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	（●●●）－▲▲▲－▽▽▽▽
		夜間連絡先	（●●●）－▲▲▲－▽▽▽▽
フリガナ	ネヤガワ　タロウ	生年月日	昭・平　50　年　1　月　1　日
受給者氏名	寝屋川　太郎 ※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　☐ 施設退所した　☐ 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
						同一・維持
						同一・維持
						同一・維持
別居の						

増額事由発生年月日	平成 令和　年　月　日	※児童と別居の場合「別居監護申立書」

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。

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　ジロウ 寝屋川　次郎	平成・令和　24 年 4 月 1 日	平成・令和　4　年　5　月　30　日
	平成・令和　年　月　日	

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。

＜受付欄＞

＜審査欄＞

認定・却下年月日	令和
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	