

児童手当 額改定認定請求書 額改定届		提出年月日		※受付確認年月日				
矢吹町長宛		令和 6 ・ 10 ・ 1		平日の日中に連絡のつく番号				
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	やぶき たろう 矢吹 太郎		〒969-0236 矢吹町一本木101 役場101号室 電話0248(42)2230				
	性別	男・女	生年月日	昭和 60 ・ 4 ・ 1 平成				
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		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 イ. 国民年金 ウ. その他 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済				
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
矢吹 五郎	子	平成 60 ・ 9 ・ 30 令和	同 ・ 別	令和 年 月	同上	有 ・ 無	同 ・ 維持	・ 未成年後見人 ・ 父母指定者 ・ 同居父母
		平成 年 月 日						
		平成 年 月 日	同 ・ 別	令和 年 月				
増額又は減額の原因となる児童の兄姉等 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間)						住民票上の住所		
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	
矢吹 一郎	子	平成 14 ・ 6 ・ 1 成	同 ・ 別	令和 年 月	東京都〇〇市△△番地 □□アパート1号室	有 ・ 無	有 ・ 無	
増額した理由			ア. 出生 イ. その他 (理由を記入すること)					
減額した理由			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 ()					
減額の場合は子育て支援課へ								
事由の発生した年月日				令和 6 ・ 9 ・ 30				
備考	※認定・改定・却下		令和 年 月 日		増額又は減額の事由が発生した年月日		※手当月額	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		3歳以上分		円 円 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。