

児童手当 額改定認定請求書 額改定届

江南市長 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)	江南 太郎	生年月日	昭和 平成 58 . 4 . 1	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	住所 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒 483-8221 江南市 赤童子町大堀90番地 電話 090 (●●●●) ●●●●	職業	<input checked="" type="radio"/> ア 被用者 <input type="radio"/> イ. 公務員 <input type="radio"/> ウ. 被用者等 でない者	加入している 公的年金制度 の種類	<input checked="" type="radio"/> ア. 厚生年金保険 <input type="radio"/> イ. 私立学校教職員共済 <input type="radio"/> ウ. 国家公務員共済 <input type="radio"/> エ. 地方公務員等共済 <input type="radio"/> オ. 国民年金 <input type="radio"/> カ. その他 ()

増額又は減額の別 増額 減額

厚生年金加入者の方は「ア」、国民年金に加入の方や年金未加入の方、配偶者等の扶養に入っている方は「ウ」

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	有無	同一 維持	3 小 中
江南 三郎	子	平成 令和 6 . 10 . 1	同・別 平成 令和 年 月	〇〇県△△市 *****	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一	3 小 中
		平成	同・別		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	同一	3 小 中
		平成	同・別		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	同一	3 小 中

請求者と児童の住所が異なる場合は、その住所をご記入ください。

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日までの間にある者)

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
江南 一郎	子	平成 16 . 8 . 1	同・別 平成 令和 年 月	〇〇県△△市 *****	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
		平成 . .	同・別 平成 令和 年 月		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無

増額した理由 ア. 出生 イ. その他 (制度改正)

減額した理由 ア. 死亡した ク. 児童の兄姉等の生計費の負担をしなくなった

大学生年代のお子さん(18歳到達後の最初の3月31日以降から22歳到達後の最初の3月31日までの間にある子)について記入してください。
※大学生年代の子を含めて、3人以上のお子さんがあり、かつ、この欄の子が監護相当・生計費負担が有の場合は、別途「監護相当・生計費の負担についての確認書」の提出が必要です。

事由の発生した年月日 令和 6 . 10 . 1

備考 高校生年代または大学生年代を追加することによる申請の場合は、「イ」を選んで「制度改正」と記入してください。
 制度改正の場合、事由発生日は令和6年10月1日と記入してください。

※手当月額 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。

