

## 記入例

児童手当

額改定認定請求書  
額改定届

提出日

※受付確認年月日

提出年月日  
令和 6・9・10

令和 6・9・10

小諸市長

現受給者の名前

受 給 者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	こもろ たろう		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 384-8501 小諸市相生町3-3-3 電話 080(1234)5678	
	性別 男・女	生年月日 昭和 平成 60・1・1		加入している 公的年金制度 の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> 国民年金 <small>※以下の共済組合の組合員である場合 は括弧内に○を記入してください。</small> <small>( ) 私立学校教職員共済 ( ) 国家公務員共済 ( ) 地方公務員等共済</small>	
	職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者					

ア.被用者 厚生年金、共済年金に加入している場合（例：正社員）  
 ウ.被用者等でない者 国民年金、未加入（20歳以上60歳未満以外）の場合（例：パート）  
 ※厚生年金・共済年金加入者に扶養されている第3号被保険者の場合は、「ウ」に該当します。  
 （例：夫の扶養に入っている）

増額・減額

る児童

氏名	続柄	生年月日	別居の別	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
		平成 令和	・・	同・別	令和 年月		有・無	・同一 ・維持
		平成	・	同・別	令和 年月		有・無	・同一 ・維持

監護していれば「有」  
(日常生活上の世話及び保護)

請求者の収入により日常生活の全部または一部を営んでいれば「有」（これを欠くと通常の生活水準を維持することができない場合）

増額・減額の対象となる子 (大学生年代の子)							
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
小諸 一郎	子	平成 16・4・15	同・別	令和 年月	○○県○○市 ○○123-1	有・無	有・無

他1名

増額した理由		ア.出生 イ.その他（ ア.死亡した イ.監護しなくなった ウ.生計を同じくしなくなった エ.生計を維持しなくなった オ.日本国内に住所を有しなくなった (留学を理由とするものを除く) カ.未成年後見人でなくなった キ.児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった ケ.児童の兄姉等 ケ.父母指定者等 (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（ ） ）					
減額した理由		2人以上いる場合は、他○名と記入					

事由の発生した年月日			令和 6・9・10			
備 考		※認定・ 改定・ 却下	※認定・改定・ 却下年月日	※認定・改定 年月	※手当月額	
			令和 6・9・10	令和 6・9・10	3歳未満分 円	3歳以上分 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。

(裏面)

備考

1. 必要があるときは、所要の変更又は調整を加えることができる。
2. 受給資格者に周知することにより、注意事項を省略することができる。