

記入例

受付印

**児童手当 額改定認定請求書  
額 改 定 届**

認定番号

(請求先) 新座市長

年 月 日 提出

<b>受給者</b>	フリガナ	ニイザ タロウ		生年月日	S〇〇年 〇月 〇日
	氏名	<b>新座 太郎</b>			
	住所	新座市 <b>野火止〇ー×ー△</b> 電話090(××××)〇〇〇〇			

増額又は減額の別(どちらかに〇印) **増額** ・ 減額

児童手当の額の増額又は減額の原因となる児童(18歳年度末までの児童)

(フリガナ)氏名	生年月日	続柄	同居・別居	児童の住所(別居の場合のみ)	監護の有無	生計関係
ニイザ ジロウ	H〇〇・〇・〇	子	同居	東京都〇〇市〇〇町1丁目	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 同一
新座 二郎			<input checked="" type="radio"/> 別居		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 維持
			同居		<input type="radio"/> 有	同一

現在、児童手当を受給している方で、高校生年代の児童と別居等で新座市の児童手当台帳(多子加算の算定児童を含む)に登録されていない児童がいる場合は申請してください。

(フリガナ)氏名	生年月日	続柄	同居・別居	子の住所(別居の場合のみ)	監護相当の有無	生計費負担の有無
			同居		<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 有
			別居		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
			同居		<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 有
			別居		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

**注意** 上記に記載する子の「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。(児童の兄弟等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)

増額した理由	1. 出生した 2. 新たに児童を養育するようになった 3. <input checked="" type="radio"/> その他(制度改正のため)
減額した理由	1. 18歳に達した日の属する年度が終了した 2. 死亡した 3. 監護しなくなった 4. 生計を同じくしなくなった 5. 生計を維持しなくなった 6. その他( )
事由が発生した年月日	<b>R6年 10月 1日</b>

※二重枠の中のみ記入してください。字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

※以下の欄は記入しないでください。

改定(増額・減額)年月		対象となる児童		手当月額		入力者
		改定前	改定後	改定前	改定後	
区分	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者	人	人	円	円	
備考						こども医療 済・後日 受付者