

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

受給者	フリガナ	ニイザ タロウ		生年月日	S〇〇年 〇月 〇日
	氏名	新座 太郎			
	住所	新座市 野火止〇ー×ー△ 電話090(××××)〇〇〇〇			
加入している 公的年金に〇印	ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. 配偶者の扶養 エ. 私立学校教職員共済 オ. 国家公務員共済 カ. 地方公務員共済 キ. その他()				

現在、児童手当を受給している方(父・母等)を記入してください。

増額又は減額の別(どちらかに〇印) 増 額 減 額

「増額」に〇をしてください。

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
			同居		有	同一
			別居		無	維持
			同居		有	同一
			別居		無	維持
			同居		有	同一
			別居		無	維持

記入不要

増額又は減額の原因となる児童の兄弟等(18歳に達する日以後の最初の年度末から22歳に到達後の最初の年度末までにある子)

(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
ニイザ ジロウ			<input checked="" type="radio"/> 同居		<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有
新座 二郎	H〇〇・〇・〇	子	<input type="radio"/> 別居		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無
ニイザ ハナコ			<input checked="" type="radio"/> 同居		<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 有
新座 花子	H〇〇・〇・〇	子	<input type="radio"/> 別居		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 無

通知に記載する「多子加算の算定対象のお子様」の状況について記入してください。

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. その他(多子加算適用のため)

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()

「3. その他」に〇をしてください。

事由が発生した年月日 令和 8年 4月 1日

※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。

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

事由が発生した年月日は「令和8年4月1日」と記入してください。

【注意事項】

- 申請が必要な方は、現在児童手当の多子加算(要件児童等が3人以上)により、第3子以降の児童が増額支給の対象で、通知に記載された「多子加算の算定対象のお子様」を令和8年4月1日以降も引き続き監護相当・生計費の負担をする見込みがある方です。
- 申請する際は、「①児童手当額改定認定請求書」と「②監護相当・生計費の負担についての確認書」両方の提出が必要です。
- 記入漏れ、誤りが無いか確認をお願いします。