

色付きの個所に記入または該当するものに○を付けてください。

児童手当 額改定認定請求書 額改定届

芦屋町長 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)	あしや たろう 芦屋 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 807 -01** 芦屋町・..... 電話 xxx (xxx) xxxxx
	性別	男・女	昭和 平成	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は括弧内に○を記入してください。 ( ) 私立学校教職員共済 ( ) 国家公務員共済 ( ) 地方公務員等共済
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者			

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
芦屋 一郎	子	平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

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
		平成	同・別	令和 年 月		有・無	有・無

増額した理由 ア. 出生  
イ. その他 ( 制度改正に伴う申請 )

減額した理由	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. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった	ク. 児童の兄弟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 ( )
--------	---	---

事由の発生した年月日 令和 . .

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 . .	令和 . .	3歳未満分 円 3歳以上分 円 計 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。