

記入例

(出生・新たに対象児童を養育)

ア、ウに該当する場合、
請求者名義の健康保険証の
コピーを必ず添付してください。

出生の場合は、児童の
生年月日を記入してください。

(あて先)
奈良市長

児童手当

額改定認定請求書
額改定届

認定番号			
提出年月日	住記番号		
令和6・8・20			
(ふりがな)	して だろ	性別	男・女
設置者等の氏名	児手 太郎	生年月日	540年 4月 6日
住所	奈良市 登大路町30番地		
	電話番号 0742 (34) 1111		
加入している公的年金制度の種別	ア 厚生年金保険 イ 国民年金 ウ その他(※以下の共済組合の組合員である場合は☑をしてください) □私立学校教職員共済 □地方公務員共済		勤務先 (受給者が公務員の場合のみ) 育成小学校 0000 (00) 0000
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 (生年月日)	続柄	同居・別居の別 同居 別居	住所 (請求者と異なる場合のみ記入)
氏名 児手 八重 令和6年 5月 1日(0才)	子	同居	有 無 同一 維持
氏名 年 月 日(才)		同居 別居	有 無 同一 維持
氏名 年 月 日(才)		同居 別居	有 無 同一 維持
増額又は減額の原因となる児童の兄弟等			
氏名 (生年月日)	続柄	同居・別居の別 同居 別居	住所 (請求者と異なる場合のみ記入)
氏名 年 月 日(才)		同居 別居	有 無 同一 維持
増額した理由	ア.出生 イ.その他()		
減額した理由	ア.死亡した ク.児童の兄弟等の生計費の負担がなくなった イ.監護しなくなった ケ.父母指定者でなくなった ウ.生計を同じくしなくなった (児童の生計を維持する父母等の帰国) エ.生計を維持しなくなった コ.児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、 オ.日本国内に住所を有しなくなった 又は児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った (留学を理由とするものを除く) サ.児童と同居しなくなった(単身赴任の場合を除く) カ.未成年後見人でなくなった シ.その他() キ.児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった		
事由の発生した年月日	令和6 年 5 月 1 日		
備考			
※認定・改定・却下	認定・改定年月日	認定・改定年月	手当月額
	令和 年 月 日	令和 年 月	改定前 改定後
			千円 千円

請求書が公務員の場合は、勤務先
と連絡先を記入してください。

該当する方を○で囲む。

「監護有」…児童の面倒をみていること
「監護無」…児童の面倒をみていないこと
「生計同一」…親子
「生計維持」…それ以外(祖父母と孫 等)

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎ 字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。

◎ ※印の欄は、記入しないでください。