

児童手当

額改定認定請求書 額改定届

川西市長 へ

提出年月日

令和 年 月 日

受給者	(フリガナ) 氏名		住所 川西市 電話 ()	
	性別	男・女	職業	ア. 被用者 イ. 被用者等でない者
			生年月日	昭和 年 月 日 平成

加入している公的年金制度の種別	ア. 厚生年金 イ. 国民年金 ウ. 地方公務員共済	エ. 私立学校教職員共済 オ. 国家公務員共済 カ. その他 ()
-----------------	----------------------------------	--

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

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	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	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成・令和 .	同・別	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成・令和 .	同・別	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	有・無	同一・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日から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)

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	監護の有無	生計費負担の有無	児童の兄弟等を原因とする増額の場合は、「監護相当・生計費の負担についての確認書」が必要です。
		平成・令和 .	同・別	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	有・無	有・無	
		平成・令和 .	同・別	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ	有・無	有・無	

増額した理由	ア. 出生 イ. その他 ()
--------	---------------------

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 年 月 日
------------	----------

川西市使用欄 (ここから下には記入しないでください)

認定番号	備考	照会	
額改定年月		令和 .	受給者 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 他 ()
			児童等 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> 他 ()
		その他 <input type="checkbox"/> ()	
		受付	