

児童手当 額改定認定請求書 額改定届		記入した日	
提出年月日		受付日	
令和 6・0・0		令和 ・ ・	
長久手市長 殿			
受給者	（ふりがな）氏名（法人名等）	ながくて いちろう 長久手 市郎	
住所	（法人の主たる事務所の所在地）	〒480-1190 長久手市岩作城の内60番地1 電話090（1234）5678	
性別	男 女	生年月日	昭和 48・10・22
職業	ア 被用者 イ 公務員 ウ 被用者等でない	ア 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合 イ 国民年金 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	
増額又は減額	被用者 →会社員等、ご自身で社会保険に加入している場合 被用者等でない者 →自営業、配偶者の扶養に入っている場合	増額	会社員等：ア 自営業、配偶者の扶養に入っている等の国民健康保険加入者：イ 未加入等：ウ
なる児童			
氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別
長久手 冬奈	子	平成 6・2・4	同・別
		令和	有 無
		平成	同・維持
		令和	同・維持
増額又は減額の原因となる児童の兄姉等 （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
		平成	同・別
		令和	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 児童の兄姉等を監護相当の世話をしな		
事由の発生した年月日			
令和 6・10・1			
備考	年金種別の変更確認 あり・なし	※認定・改定年月	※当月額
	15日要件該当	令和 ・ ・	3歳未満分 3歳以上分 計
円 円 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、記入しないください。
◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

受付者