

2人目以降の
出生の場合

手当・特例給付

額改定認定請求書
届

児童手当受給者(保護者)の氏名・生年月日・住所・性別を記入します。

提出年月日	受付確認年月日
年 月 日	年 月 日

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	〒 1 8 2 - × × 調布市 町 1 - 2 - 3		生年月日	年 月 日
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	電話 0 0 0 (0 0 0 0) 0 0 0 0			
	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 · 女	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		
増額又は減額の理由		増額 · 減額			
氏名		因となる児童			
	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	
1人目のお子様	子	年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 同 · 別	年 月	別居の場合は記入してください	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 同一維持
2人目のお子様	子	年 月 日 <input checked="" type="radio"/> 同 · 別	年 月		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 同一維持
		年 月 日 同 · 別	年 月		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 同一維持
18歳以下のお子さまをすべて記入してください。		年 月 日 同 · 別	年 月	監護・保護者が児童の生活について必要な監督・保護を行っている場合は、(有)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 同一維持
		年 月 日 同 · 別	年 月	生計・児童が受給者の子で、生計を同じくしている場合は(同一)、受給者自身の子でない(親族の子など)場合は(維持)	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 同一維持
		年 月 日 同 · 別	年 月		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 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 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. 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) ク. 福祉施設等への入所 ケ. 増額対象のお子さまの誕生日を記入してください。 コ. ()			
事由の発生した年月日			年 月 日		
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	
		年 月 日	年 月	3歳未満分 3歳以上小学校修了前分 中学生分 計	円 円 円 円

印の欄は、記入しないでください。
字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。
記名押印に代えて、署名することができます。
印の欄は、記入しないでください。

字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。
記名押印に代えて、署名することができます。