

(表面)

兒童手当

額改定認定請求書
額 改 定 届

飯山市長 殿

提出年月日

※受付確認年月日

令和 6・10・1

令和 • •

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)		いいやま たろう 飯山 太郎		住所 (法人の主たる事務所 の所在地)		〒 389 - 2253 飯山市大字飯山 1110-1 電話 XXX (XXXX) XXXX	
	性別	男 ・女	生年月日	昭和 59 ・ 4 ・ 27 平成	加入している 公的年金制度 の種類	ア 厚生年金保険 イ、国民年金 ※以下の共済組合の組合員である場合 ウ、その他 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			
減額の原因となる児童								
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
平成 令和		平成 令和		平成 令和		平成 令和		※児童との関係で、該当する場合に○印
同・別		同・別		同・別		同・別		「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。 (18歳年度末～22歳年度末までの子を含めて、兄弟等の合計人数が3人以上の場合に限る。)
同・別		同・別		同・別		同・別		
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	
飯山 一郎	子	平成 17・4・2	同・ 別	令和 年 月	〇〇県〇〇市 ××123-2	有 ・無	有 ・無	
増額した理由			ア. 出生 イ その他 (制度改正)					
減額した理由			ク. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった 高学年年代または大学生年代を追加することによる申請の場合は、「イ」を選んで「制度改正」と記入してください。 事由発生日は令和6年10月1日と記入してください。					
事由の発生した年月日			令和 6 ・ 10 ・ 1					
備考	※認定・改定・却下		※認定・改定・却下年月日		※認定・改定・却下年月		※手当月額	
	令和 年 月 日		令和 年 月 日		令和 年 月 日		3歳未満分 3歳以上分 計	

- ◎ 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、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。