

児童手当

額改定認定請求書
額改定届

佐世保市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

※太線内の該当箇所を記入してください。

受給者	(ふりがな) 氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 平成 . . 令和
	住所	佐世保市 電話 - -			

加入している公的年金制度の種別	ア. 厚生年金保険 エ. 私学共済 イ. 国民年金 オ. その他共済(国家公務員共済、地方公務員共済など) ウ. 年金未加入 ※ア・エ・オに該当する方で、下記の児童が3歳未満の場合は受給者の健康保険証のコピーが必要です。(受給者の扶養となっている場合は児童または配偶者の健康保険証でも可)
-----------------	---

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	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所 (別居の場合のみ記入)	監護の有無	生計関係
		平成 . .	同・別		有・無	同一・維持
		平成 . .	同・別		有・無	同一・維持

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)							
--	--	--	--	--	--	--	--

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
		平成 . .	同・別	令和 年 月		有・無	有・無
		平成 . .	同・別	令和 年 月		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 . .
------------	--------

備考	認定・改定・却下	認定・改定・却下年月日	令和 . .	認定・改定年月	令和 . .	受付