

児童手当

額改定認定請求書  
額改定届

児童手当の受給者の情報を記入してください。  
※子どもの名前や配偶者の名前では受付できません。

佐世保市長 様

※太線内の該当箇所を記入してください。

提出年月日	※受付確認年月日
令和 8・3・21	令和 . .

受給者	(ふりがな) 氏名	させぼ たらう 佐世保 太郎	性別	男	女	生年月日	昭和 平成 令和	60・1・1
	住所	佐世保市〇〇町〇番地〇〇 電話 090 - 1234 - 5678						

加入している公的年金制度の種別	<input checked="" type="checkbox"/> ア. 厚生年金保険 <input type="checkbox"/> エ. 私学共済 <input type="checkbox"/> イ. 国民年金 <input type="checkbox"/> オ. その他共済(国家公務員共済、地方公務員共済など) <input type="checkbox"/> 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	自給	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	海外留学をして いる場合の出国 年月	住所	生計関係
		平成 . .	同・別			有・無
		平成 . .	同・別			有・無

増額又は減額の原因となる児童の兄弟等 (生年月日以後の最初の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
佐世保 さくら	子	平成 17・4・2	同 別			有・無	有・無
		平成 . .	同・別			有・無	有・無

増額した理由	<input type="checkbox"/> ア. 出生 <input checked="" type="checkbox"/> イ. その他(監護相当・生計費の負担あり(R8年4月1日))
--------	--

減額した理由	<input type="checkbox"/> ア. 死亡した <input type="checkbox"/> イ. 監護しなくなった <input type="checkbox"/> ウ. 生計を同じくしなくなった <input type="checkbox"/> エ. 生計を維持しなくなった <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> カ. 未成年後見人でなくなった <input type="checkbox"/> キ. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった <input type="checkbox"/> ク. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> サ. 児童と同居しなくなった(単身赴任の場合を除く) <input type="checkbox"/> シ. その他( )
--------	---

事由の発生した年月日	令和 8・4・1
------------	----------

備考	認定・改定・却下	令和	令和8年4月1日の状況を記入していただきますので、令和8年4月1日と記入してください。	受付
	※併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」の提出が必要です。			