

【記入例】

様式第4号 児童手当 額改定認定請求書
額改定届

様式第4号（第2条・第3条関係）

（表面）

児童手当 額改定認定請求書 額改定届		提出年月日 令和 . .		※受付確認年月日 令和 . .				
高砂市長 殿								
受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	たかさごたろう 高砂太郎		住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒 高砂市〇〇町〇〇 電話 090（9999 9999			
	性別	男・女	生年月日	昭和 50 . 4 . 1 平成	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○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	加入している公的年金制度の種別					
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	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	※児童との関係で、該当する場合に○印
高砂次郎	次男	平成 20 . 3 . 30 令和	同・別	令和 年 月	加古川市 〇〇町〇〇	有・無	同・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 . . 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 . . 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
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）								「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。（児童の兄弟等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。）
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 . . 成	同・別	令和 年 月		有・無	有・無	
増額した理由			ア. 出生 イ. その他（児童手当制度改革による世帯別の高校生年代の増額					
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 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 6 . 9 . 30				
備考	認定番号	※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		
				令和 . .	令和 . .	3歳未満分 円 3歳以上分 円 計 円		