

記入例

児童手当の受給者名  
(振込先名義人) を記入

児童手当

額改定認定請求書  
額改定届

桜川市長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 〇・〇・〇	令和 〇・〇

受給者	氏名 (ふりがな) (法人名等)	さくらがわ みつお 桜川 満男	住所 (法人の主たる事務所 の所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 桜川市 〇〇〇番地 電話 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日 平成 〇〇年 〇月 〇日
	職業	<input checked="" type="radio"/> ア 被用者 <input type="radio"/> イ 公務員 <input type="radio"/> ウ 被用者等でない者		

厚生年金等加入の方はアに〇、  
公務員の方はイに〇（ただし、公益法人等に派遣の方  
はアに〇）  
国民年金加入者、年金未加入の場合はウに〇

増額又は減額の別  増額  減額

こちらの欄は記入不要です

監護相当 有：受給者が児童を養育している  
無：受給者が児童を養育していない  
生計費負担 同一：受給者が児童の父母の場合  
維持：受給者が児童の父母以外  
(祖父母等) の場合

増額又は減額の原因となる児童  
(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
桜川 太郎	子	平成 〇〇年 〇月 〇日 令和 〇〇年 〇月 〇日	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	令和 〇年 〇月 〇日	同上	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 ・維持
		平成 〇〇年 〇月 〇日 令和 〇〇年 〇月 〇日	<input type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	令和 〇年 〇月 〇日		<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 同一 ・維持

増額した理由  イ その他 ( 制度改正のため )

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

事由の発生した年月日 令和 8・4・1

平成19年4月2日～平成20年4月1日生れの児童についてご記入ください（その他の兄弟の情報は記入不要です）  
令和8年4月1日時点の状況（3月中に提出する場合は見込み）についてご記入ください

※認定・改定 年月	※手当月額
令和 8・4・1	

事由の発生した年月日は  
「令和8・4・1」とご記入ください