

記入例

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・・・

足寄町長様

受給者

（ふりがな）氏名（法人名等）あしよろ たらう足寄 太郎

住所（法人の主たる事務所の所在地）〒足寄町北1条4丁目48番地1電話090（0000）0000

性別男

性女

生年月日昭和55・10・1

昭利平成

加入している公的年金制度の種別ア.厚生年金保険イ.国民年金ウ.その他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

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
		平成令和	同・別	令和年月		有・無	・同一・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	・同一・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	・同一・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）

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
足寄 一太	子	平成15・4・2	同・別	令和年月	札幌市〇〇区〇〇	有・無	有・無

増額した理由

↑
大学生年代の子が2名以上いる場合は新たにプリントして記入ください。
※記入はこちらの欄のみで大丈夫です。

ア.出生イ.その他（制度改正）
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（）
キ.児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった

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・却下年月日令和・・

※認定・改定年月令和・・

※手当月額

3歳未満分円

3歳以上分円

計円

◎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（かいしょ）ではっきり書いてください。

（日本産業規格A列4番）