

額改定認定請求書 額改定届									
提出年月日					※受付確認年月日				
令和 6・9・〇					令和 ・ ・				
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	うおづ たくや 魚津 拓也			住所 (法人の主たる事務 所の所在地)	〒 937 - 8555 魚津市釈迦堂1-10-1 電話 090 (xxxx) 1006			
性別	男・女	生年月日	昭和 #・5・10	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 ※以下の共済組合の組合員である場合 ウ、その他 は括弧内に〇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			会社員の方→ア 公務員でも会社員 でもない方→ウ					
増額又は減額					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 場合に〇印	
魚津 遥	子	平成 19・11・15	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	
高校生年代以下のお子さん 平成18年4月2日以降生まれ			高校生年代以下で別居の場合、 「児童手当に関する別居監護申立 書」の提出が必要です。						
		平成				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 (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 未満の児童)									
氏名	続柄	生年月日	同居・ 別居の別	監護相当の有無 有: 日常の連絡、面会等をして いる 無: まったく世話をしていない	生計費 負担の有無				
魚津 翔太	子	平成 17・5・15	同 別	令和 年月	有・無	有・無			
大学生年代のお子さん 平成14年4月2日から 平成18年4月1日生まれ			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」の提出が必要です (※高校生以下の兄弟等と大学生年代 の合計人数が3人以上の場合)						
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. 児童の別居 ケ. 父母指定者(児童の生計) コ. 児童自立支援施設を受け、監視等に委託され、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	※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			

◎ 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。