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

大川市長　　殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和　6・9・10	令和　・　・

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	おおかわ　たろう 大川　太郎		住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒831-0016 大川市大字酒見256－1 電話　0944（87）2101
	性別	男・女	生年月日	昭和・平成　6　3・4・1	加入している公的年金制度の種別
	職業	ア．被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者			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は括弧内に○を記入してください。　ウ．その他（　　） （　）私立学校教職員共済 （　）国家公務員共済 （　）地方公務員等共済

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
大川　二郎	子	平成・令和　19・7・10	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
大川　三郎	子	平成・令和　1・6・15	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姉等
（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
大川　花子	子	平成　17・10・1	同・別	令和　年　月		有・無	有・無

増額した理由	ア．出生 イ．その他（　　）
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．児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった ク．児童の兄姉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・10・1

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。

（日本産業規格Ａ列４番）