

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・・

恵那市長殿

（ふりがな）氏名（法人名等）

えな 太郎 恵那

住所（法人の主たる事務所の所在地）

〒509 - 7292 恵那市長島町正家1-1-1 電話 090（××××）

7 性別

男・女

生年月日

昭和 52・10・1 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
※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

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
えな しずこ 恵那 静子	次女	平成 19・6・1 令和	同・別	令和 年 月	〇〇市 番地	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
えな さぶろう 恵那 三郎	次男	平成 22・8・25 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 年 月 令和	同・別	令和 年 月				

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日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日）

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
えな はなこ 恵那 花子	長女	平成 14・9・5	同・別	令和 年 月	××市□□番地	有・無	有・無

増額した理由

ア. 出生
イ. その他（制度改正）

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

「監護相当の有無」及び「生計費有無の」がいずれも「有」の児童の兄姉等と、「監護の有無」が「有」、「生計関係」が「同一」もしくは「維持」の児童との合計人数が、3人以上の場合は、「監護相当・生計費の負担についての確認書」を併せてご提出ください。

改定	※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。

・請求者名義の口座の通帳またはキャッシュカードの写しを添付してください。

（別4番）