

児童手当		額改定認定請求書	
額改定届		額改定届	
天草市長 殿		提出年月日	※受付確認年月日
		令和 6・10・1	令和 ・ ・
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	
	あまくさ たろう 天草 太郎	〒863-0000 天草市〇〇町△△番××号 電話000(0000)0000	
性別	男・女	生年月日	昭和 60・1・1 平成
職業	ア 被用者 イ 公務員 ウ 被用者等でない者	加入している 公的年金制度 の種別	ア 厚生年金保険 ※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 イ 国民年金 ウ その他 ()
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
天草 一郎	子	平成 6・9・26 令和	同・別 令和 年 月
		平成 令和	同・別 令和 年 月
		平成 令和	同・別 令和 年 月
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
		平成 令和	同・別 令和 年 月
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 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった 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) シ その他 ()		
事由の発生した年月日		令和 6・9・26	
備考	※認定・ 改定・ 却下	※認定・改定・ 却下年月日	※認定・改定 年月
		令和 ・ ・	令和 ・ ・
			3歳未満分 3歳以上分 計
			円 円 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（かいしよ）ではっきり書いてください。

（日本産業規格A列4番）