

児童手当・特例給付

額改定認定請求書
額改定届

受付

(宛先) 厚木市長

提出年月日

令和 年 月 日

受給者	(フリガナ) 氏名	_____		生年月日	_____年 ____月 ____日		
	住所	厚木市					
	連絡先 (携帯可)	— —		勤務先	_____		
	年金種別	<input type="checkbox"/> 厚生年金(公務員を除く) <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 未加入 <small>※ 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。</small> <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済(日本郵政共済含む) <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> その他共済					

受給者が厚生年金、共済に加入している場合は、受給者の健康保険証のコピーを添付してください。



増額又は減額の別

増額

減額

増額又は減額となる児童

(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	同居別居	生計関係	監護の有無	施設入所 里親委託 の有無	留学の場合は 出国年月日
_____	_____	____.____.____	同 ・ 別	同一 ・ 維持	有 ・ 無	有 ・ 無	____.____.____ 月特・未後 父母指・同居父母
_____	_____	____.____.____	同 ・ 別	同一 ・ 維持	有 ・ 無	有 ・ 無	____.____.____ 月特・未後 父母指・同居父母
_____	_____	____.____.____	同 ・ 別	同一 ・ 維持	有 ・ 無	有 ・ 無	____.____.____ 月特・未後 父母指・同居父母

増額した理由

ア.出生 イ.その他(監護等)(_____)

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.国内に住所を有しなくなった(留学を除く)。
 カ.未成年後見人でなくなった。
 キ.母子指定者ではなくなった。
 ク.里親等への委託又は児童福祉施設等への入所
 ケ.児童と同居しなくなった(単身赴任等の場合を除く)。
 コ.その他(_____)

該当年月日

_____年 ____月 ____日

備考・確認	おむつ申請	有・後日	改定年月	受付確認年月日
	区分確認(認定・現未・その他)	_____	_____年 ____月	
	月末特例	適・不適	_____	
	別居監護(市内・市外)	有・無	認定番号	
	<input type="checkbox"/> マイナンバー情報照会(住基)	/	_____	
	<input type="checkbox"/> ※3歳未満の児童 <input type="checkbox"/> 保険証写し <input type="checkbox"/> 不足案内 → / 提出	/	_____	
_____ 第 子		_____年 ____月 ____日	_____	※ 現況届 不要 済・未 /