

額改定認定請求書
額改定届



受給者（現在、児童手当振込先口座の名義人となっている方）について記入してください。

・特例給付

提出年月日

令和 * 年 * 月 * 日

(宛先) 厚木

| | | | | |
|-----|--------------|---|------|-----------------|
| 受給者 | (フリガナ) 氏名 | アツギ タロウ 厚木 太郎 | 生年月日 | 昭和 56 年 2 月 1 日 |
| | 住所 | 厚木市 中町3-17-17 | | |
| | 連絡先 (携帯可) | 090-****-**** | 勤務先 | |
| | 年金種別 | <input checked="" 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"/> 私学教職員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済(日本郵政共済) <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 <input type="checkbox"/> その他共済 | | |

申請時に受給者が加入している年金種別に✓を記入し、健康保険証のコピーを添付してください。

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

増額または減額の該当する方に○を付けてください。

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 |
|------------------|----|---------|----------|----------|-----------|---------------------|-----------------|
| アツギ アユコ 厚木 鮎子 | 子 | 令和4・4・1 | 同 | 同一 | 有 | 有 | ・ |

増額、減額の対象となる児童について記入してください。

増額の場合は、同居、別居(住民票上の住所で判断)の区分、生計関係(子の場合は「同一」、それ以外は「維持」、監護の有無(養育していれば「有」、していなければ「無」、施設入所又は里親委託の場合は「有」、なければ「無」を記入してください。

「別居」の場合は別居監護申立書、生計「維持」の場合は養育申立書の添付が必要です。

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.未成年者死亡でなくなった。
エ.母子指定者ではなくなった。
オ.里親等への委託又は児童福祉施設等への入所
カ.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()

増額、減額の理由を選んで○を付けてください。減額の場合は事実発生日を「該当年月日」欄に記入してください。

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) | / | | |
| | ※3歳未満の児童 | 有・無 | | |
| | 保険証写し | 有・無 | 処理日 | |
| 不足案内 → | / 提出 | 月 日 | | |
| 第 子 | | | ※ 現況届 不要 済・未 / | |

郵送による場合は、收受日(厚木市子育て給付課に届いた日)が申請した日となります。月をまたぐと改定年月(手当額の変更月)に影響することがありますので御注意ください。