

児童手当

額改定認定請求書
額改定届



(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	昭和 平成 西暦	年 月 日
	住所	厚木市			
	連絡先 (携帯可)	-	-	勤務先名	
	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 ※次の共済組合の組合員である場合は該当するものに☑してください。 <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			3歳未満の児童を養育する受給者が地方公務員共済組合に加入している場合は、受給者の資格確認書等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 年度末年齢が 22歳 までの 児童等

※大学生年代：年度末の年齢が19～22歳の方

(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
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 <input type="checkbox"/> 大学生年代は☑	同 ・ 別	同一 ・ 維持	有 ・ 無	有 ・ 無	・ ・ 月特・未後 父母指・同居父母
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 <input type="checkbox"/> 大学生年代は☑	同 ・ 別	同一 ・ 維持	有 ・ 無	有 ・ 無	・ ・ 月特・未後 父母指・同居父母
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 <input type="checkbox"/> 大学生年代は☑	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 (第 子) イ. その他 (監護等) ()

この請求により、監護 (養育) する年度末年齢が0歳～22歳までの子が3人以上となる場合は☑してください (要件を満たす場合、第3子以降の児童の手当額が増額されます)。

減額した理由

ア. 監護しなくなった カ. 未成年後見人でなくなった
イ. 死亡した キ. 父母指定者ではなくなった
ウ. 生計を同じくしなくなった ク. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった
エ. 生計を維持しなくなった ケ. 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所
オ. 国内に住所を有しなくなった コ. 児童と同居しなくなった
(留学を除く) サ. その他 ()

該当年月日

令和 年 月 日

職員 記入 欄	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	
	別居監護 (市内・市外)	有・無	月特 適・不適	
	監護相当・生計費負担確認書	有・無	認定番号	
	<input type="checkbox"/> マイナンバー情報照会 (住基)	/	処理日	
	3歳未満の児童	有・無	年 月 日	
3歳未満の児童の認定有無	有・無			
資格確認書等	有・無・後日・不要	/		※ 現況届 不要 済・未 /
<input type="checkbox"/> マイナンバー情報照会 (年金)	/			
受給者宛名番号: _ _ _ _ _				

児童手当

額改定認定請求書
額改定届



(宛先) 厚木市長

提出年月日

令和 7 年 4 月 〇 日

受給者	(フリガナ)	アツギ タロウ	
	氏名	厚木 太郎	生年月日 昭和 平成 10 年 5 月 16 日 西暦
	住所	厚木市 中町3-17-17	
	連絡先(携帯可)	080-XXXX-XXXX	勤務先名 (株)〇〇〇〇
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 ※次の共済組合の組合員である場合は該当するものに☑してください。 <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		

3歳未満の児童を養育する受給者が地方公務員共済組合に加入している場合は、受給者の資格確認書等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 年度末年齢 が 22歳 までの 児童等

※大学生年代：年度末の年齢が19~22歳の方

(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 アイ 厚木 愛	<input checked="" type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	R7年 3月 24日 <input type="checkbox"/> 大学生年代は☑	<u>同</u> 別	<u>同一</u> 維持	<u>有</u> 無	有 <u>無</u>	・ ・ 月特・未後 父母指・同居父母
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 <input type="checkbox"/> 大学生年代は☑	同 別	同一 維持	有 無	有 無	・ ・ 月特・未後 父母指・同居父母
	<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 <input type="checkbox"/> 大学生年代は☑	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(第 2 子) イ. その他(監護等) ()
 この請求により、監護(養育)する年度末年齢が0歳~22歳までの子が3人以上となる場合は☑してください(要件を満たす場合、第3子以降の児童の手当額が増額されます)。

減額した理由
ア. 監護しなくなった
イ. 死亡した
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. 未成年後見人ではなくなった
キ. 父母指定者ではなくなった
ク. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった
減額の場合は該当年月日を記入する。
※増額の時は不要

該当年月日 令和 7 年 3 月 24 日

職員記入欄	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	
	別居監護(市内・市外)	有・無	月特 適・不適	
	監護相当・生計費負担確認書	有・無	認定番号	
	<input type="checkbox"/> マイナンバー情報照会(住基)	/	処理日	
	3歳未満の児童	有・無	年 月 日	※ 現況届 不要 済・未 /
3歳未満の児童の認定有無	有・無			
資格確認書等	有・無・後日・不要			
<input type="checkbox"/> マイナンバー情報照会(年金)	/			
受給者宛名番号: _ _ _ _ _				