

※22歳に達する年度末までの子の合計が2人以下の場合は、増額(多子加算)に該当しませんので、本書類の提出は不要です。

※赤字の部分を入力してください。

記入例

額改定認定請求書 額改定届

提出年月日	※受付確認年月日
令和 6・10・●	令和 ．．

受給者	氏名 (法人名等)	のぎ たらう 野木 太郎		住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 329-0111 野木町大字丸林571 電話 0280(57)4141
	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 55・11・1	加入している ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. 国民健康保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は、 は括弧内に○を記入してください。
職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者				

社会保険に加入している場合は「ア」、公務員の場合は「イ」、国民健康保険の場合は「ウ」に○をつけてください。

増額又は減額の別	増額又は減額の理由
----------	-----------

記入した子と、児童手当の対象児童(18歳に達する年度までの児童)と合わせて3人以上を養育しているので、「監護相当・生計費の負担についての確認書」も併せて提出してください。

それぞれに○をつけてください。
※受給者が子を監護(監督保護)していない場合や、生計費や学費等の経済的負担をしていない場合は、増額(多子加算)に該当しませんので、本書類の提出は不要です。

増額又は減額の原因となる児童の兄姉等 (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日までの間にあつた者)							
氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外に留学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
野木 一郎	長男	平成 16・5・7	<input checked="" type="radio"/> 同・別	令和 年 月		<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 有・無
			同・別	令和 年 月		有・無	有・無

※平成14年4月2日～平成18年4月1日生まれの子のみ記入してください。

※海外に留学している場合は、別の条件や申立書が必要になりますので、ご相談ください。

事由	ア. 出生 イ. その他 (制度改正)
減額した事由	ク. 児童の兄姉等がなくなった ケ. 父母指定者がなくなった(児童の生計費負担等) コ. 児童自立生活施設等に入所若しくは退所した 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
------------	-----------

備考	※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
		令和 年 月 日	令和 年 月	円 円 円

制度改正によるため、日付は令和6年10月1日で固定になります。
※令和7年3月31日(必着)分まで。

- ◎ 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。