

No.
受付印

児童手当・特例給付額改定認定請求書

保険証 確認欄

受給中の児童手当・特例給付について、以下のとおり額改定認定を請求します。

		請求年月日		年 月 日					
		※ 認定番号							
受給者	フリガナ			生年月日		※ 改定月			
	氏名			年 月 日		年 月			
	住所	文京区							
		電話番号 ()		携帯番号 ()					
加入している 公的年金制度の種別	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険 <small>※ 右記の共済組合員である場合は、そちらにチェックしてください。</small>		<input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員等共済		<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他 ()		職業		
							<input type="checkbox"/> 被用者 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他		
増額対象の児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	就学状況 (学校名・学年)	監護の有無	生計関係	※支給関係	※支給区分
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	後見人 父母指定者 同居父母	3歳未満 3歳～小学生 中学生
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	後見人 父母指定者 同居父母	3歳未満 3歳～小学生 中学生
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	後見人 父母指定者 同居父母	3歳未満 3歳～小学生 中学生
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	後見人 父母指定者 同居父母	3歳未満 3歳～小学生 中学生
子どもと別居の場合 別居の子どもの住所				海外留学をしている 場合の出国年月	年 月 日				
増加した理由		<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> その他 ()							
事由の発生した年月日		年 月 日							

- ◎ ※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。

※ 改定 ・ 却下	
※ 決定	年 月 日
※ 通知	年 月 日