

記入例

様式第4号（第2条・第3条関係）

（表面）

現在児童手当を受給している方		児童手当		額改定認定請求書 額改定届		提出年月日		※受付確認年月日	
行橋市長 殿						令和 6・0・0		令和 ・ ・	
受給者	(ふりがな)	ゆくはし たろう			性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/>	△△・〇〇・××
	氏名 (法人名等)	行橋 太郎							
給	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 824 - 〇〇〇〇 行橋市中央1丁目1番1号			電話		090 (1234) 1234		
	職業	<input checked="" type="radio"/> フ. 被用者 <input type="radio"/> イ. 公務員 <input type="radio"/> ウ. 被用者等でない者	加入している 公的年金制度の種類		ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. その他 () ※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。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済				
増額又は減額の原因となる児童		増額		減額		請求者が父母の場合 → 「同一」 請求者が父母以外の場合 → 「維持」			
氏名	続柄	生年月日	別居の別	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印			
ゆくはし じろう 行橋 二郎	子	平成 <input checked="" type="radio"/> 〇・△・× 令和	同・別 <input checked="" type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	同一・維持 <input checked="" type="radio"/>	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
令和6年9月に送付する通知に算定対象児童として記載されているお子様の記入は不要です。						同一・維持			
監護：請求者がお子さまの身の回りの世話をしていること						同一・維持			
増額又は減額の原因となる児童の兄弟等 (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日までの間にある者)									
氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学を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	[注意] 「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担」についての確認	
ゆくはし いちこ 行橋 一子	子	平成 〇・△・×	同・別 <input checked="" type="radio"/>	令和 年月	山口県下関市 〇丁目〇番〇号	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	生計費負担：請求者がお子さまの生活費等を負担をしていること	
増額した理由		<input checked="" type="radio"/> ア. 出生 <input type="radio"/> イ. 児童手当拡充による <input type="radio"/> ウ. その他 ()							
減額した理由		ク. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった ケ. 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等の帰国) コ. 児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、又は児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った 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・9・30					
備考	※認定改定却下		※認定・改定・却下年月日		※認定・改定年月		※当月額		
			令和 ・ ・		令和 ・		3歳未満分 円 3歳以上分 円 計 円		

- ◎ 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。