第19号様式

児童手当　額改定認定請求書
額　改　定　届

収受印

いわき市長　様

注意事項　１太枠の中だけ記入してください。
２該当するものに〇印をつけてください。
３消せるボールペンは使用しないでください。

認定番号		提出年月日
		令和　年　月　日

受給者	（フリガナ）			住所（法人の主たる事務所の所在地）	電話番号
	氏名（法人名等）				
	性別	男 ・ 女	生年月日 昭和 平成	加入している公的年金制度の種別	ア．厚生年金保険　イ．国民年金　ウ．その他（　　） ※アに該当し、以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に〇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（一般）　（　）地方公務員等共済（短期）
	職業	ア．被用者　イ．公務員 ウ．被用者等でない者			
増額又は減額の別				増額　・　減額	

増額又は減額の原因となる児童										
児童を記入										※児童との関係で、該当する場合に〇印
（フリガナ）氏　名	続柄	生年月日	性別	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係		
		・　・	男・女	同・別	年　月		有・無	同一・維持		未成年後見人 父母指定者 同居父母
		・　・	男・女	同・別	年　月		有・無	同一・維持		未成年後見人 父母指定者 同居父母
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日までの間にある者）を記入										
		・　・	男・女	同・別	年　月		有・無	同一・維持		未成年後見人 父母指定者 同居父母
		・　・	男・女	同・別	年　月		有・無	同一・維持		未成年後見人 父母指定者 同居父母

増額の理由
ア．出生
イ．その他（　　）

減額の理由
ア.死亡した
イ.監護しなくなった
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.日本国内に住所を有しなくなった（留学を理由とするものをのぞく）
カ.未成年後見人でなくなった
キ.児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった
ク.児童の兄姉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
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（　　）

増額（減額）事由の発生した年月日	現在の受給状況
年　月　日	上から数えて何番目の児童分を受給中か、〇で囲んでください。 ※22歳に達する日以後、最初の３月31日を過ぎた児童は含めないでください 1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

※不足事項確認欄	増額・減額　開始年月	手当月額
□ 申立書　□ 住民票　□ 年度現況届 □ その他（　　）	年　月	３歳未満分 円 ３歳以上高校生年代以下分 円
年　月　日　□ 改定 □ 却下		