記入例

額改定認定請求書
額　改　定　届

認定N

> **児童手当を受給している養育者**

　　月　　日
令和　4　・　5　・　5

高知市長　　　　様

受給者				
（フリガナ）	コウチ　オヤタロウ	生年月日	昭和 平成（○） 2・12・3	
氏名	高知 親太郎			
住所	高知市本町5丁目1-45　電話番号　090-1234-5678			
職業	（ア）被用者　（主に会社員の方） イ　公務員 ウ　ア・イ以外（自営業，パート等）	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 ※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。 ウ．未加入（　　　） エ．その他（　　　） （　　）私立学校教職員共済 （　　）国家公務員共済 （　　）地方公務員等共済	

増額又は減額の別	（増額）・減額

増額又は減額の原因となる児童

氏名	続柄	生年月日	同居・別居・留学の別	住所（留学の場合は，出国年月）	受給者との戸籍上の関係（生計関係）
（フリガナ）コウチ　コタロウ 高知 子太郎	子	H （R） 4・5・2	（同）・別・留	同　上 ※留学の場合：出国年月　令和　　年　　月	父母等・父母等以外 （同一）（○）　（維持）
（フリガナ）		H R　・　・	同・別・留	※留学の場合：出国年月　令和　　年　　月	父母等・父母等以外 （同一）　（維持）
		R　・　・	同・別・留	※留学の	
（フリガナ）		H R　・　・	同・別・留	※留学の場合：出国年月　令和　　年　　月	（同一）　（維持）

> **増額又は減額の対象となる児童のみ記入してください。**

> **【生計関係】**
> 児童が戸籍上，請求者自身の「子（又は未成年被後見人）」でない場合は，**「父母等以外（維持）」**に○をしてください。

増額の理由	（ア）出生　　イ　その他　（　　　　　　　　　　）
減額の理由	ア　監護しなくなった。 イ　生計を同じくしなくなった。 ウ　生計を維持しなくなった。 エ　死亡した。 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除く。） カ　児童福祉施設等への入所又は里親等への委託 キ　児童と同居しなくなった。（単身赴任の場合を除く。） ク　その他 （　　　　　　　　）
事由の発生した年月日	令和　4　年　5　月　2　日

備考

> **【事由の発生した年月日】**
> 例えば，出生による申請の場合は，**お子様のお誕生日**を記入してください。

第８条第３項該当	改定年月
有（　　日）・無	R　　年　　月から

処理事項	入力	確認	
処理者印			