

児童手当 額改定認定請求書  
額改定届

芦屋市長 宛

提出年月日	令和 . .	受付確認年月日	令和 . .
-------	--------	---------	--------

受給者	フリガナ		住所	〒 659 - 芦屋市	
	氏名			電話	
	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 ※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 イ. 国民年金 ウ. その他( )	
	職業	ア. 会社員等(被用者) イ. 自営・パート等 ウ. 公務員( ) エ. 無職			

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	同居別居の別	海外留学をしている場合の 出国年月	別居している場合の 住所	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印
		H . . R . .	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
		H . . R . .	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
		H . . R . .	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	別居している場合の 住所	監護相当の有無	生計負担額の有無
		H . . R . .	同 . 別	R 年 月		有 . 無	有 . 無

増額した理由

ア. 出生  
イ. その他( )

減額した理由

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除く)  
カ. 未成年後見人でなくなった  
キ. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった  
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 . .

◎ 太枠内を記入してください。

改定・却下年月日	改定年月	手当月額	備考
改定 . 却下 年 月 日	年 月	人 円	

入力日 . .  
認定番号