

受給者番号

400

児童手当 額改定請求書

門真市長 様

		提出日		令和 年 月 日		
受給者	フリガナ				生年月日	昭和・平成
	氏名					.
	住所	門真市 (電話)				
	加入年金種別	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。 イ. 国民年金 ()私立学校教職員共済 ()国家公務員共済 ()地方公務員等共済 ウ. その他()				
増額の原因となる児童						
氏名	続柄	生年月日	同居 別居	別居の場合の住所	監護	生計 関係
		平成・令和 .	同居 別居		有 無	同一 維持
		平成・令和 .	同居 別居		有 無	同一 維持
		平成・令和 .	同居 別居		有 無	同一 維持
増額の原因となる児童の兄姉等						児童の兄姉:18歳年度末経過後から22歳年度末までに生まれた子 監護相当・生計費の負担が有で3人以上養育している場合は【監護相当・生計費負担についての確認書】が必要です。
氏名	続柄	生年月日	同居・別居	監護相当	生計費の負担	
		平成 .	同居 別居	有 無	有 無	
		平成 .	同居 別居	有 無	有 無	
上記の児童が増加した理由 (該当する番号に○)			1. 出生 2. その他(
備考						
改定・却下	改定・却下年月日	改定年月		手当月額		
	.	令 .		円		
	改定・却下通知年月日					
◎太線内をご記入ください。 ◎字は、楷書(かいしょ)ではっきり						
				令和		

書いてください。

--	--