

児童手当・特例給付 額改定認定請求書届

(宛先) 金沢市長

提出年月日	令和 年 月 日	受付確認年月日	令和 . .						
受給者	(フリガナ) 氏名		男・女	生年月日	昭 . . 平 . .				
	住所	〒□□□□-□□□□ 金沢市			電話(- -) 携帯(- -)				
	請求者の加入している公的年金制度の種別				請求者の職業又は勤務先の名称				
	ア. 厚生年金保険 () 私立学校教職員共済 イ. 国民年金 ※右記の共済組合の組合員 () 国家公務員共済 である場合はカッコ内にも () 地方公務員等共済 ウ. その他 () ○を記入してください								
増額または減額の別(該当に○をつける)			増 額 ・ 減 額						
増 額 又 は 減 額 の 原 因 と な る 児 童									
対象となる児童	(フリガナ) 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	監護の有無	生計関係	この欄は記入 不要です
			平 . . 令 . .	同居 別居	令和 年 月		有 無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
			平 . . 令 . .	同居 別居	令和 年 月		有 無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
			平 . . 令 . .	同居 別居	令和 年 月		有 無	同一 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
			平 . . 令 . .	同居 別居	令和 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. 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) ク. 児童福祉施設等への入所又は里親等への委託 ケ. 児童と同居しなくなった(単身赴任の場合を除く) コ. その他 ()			
事由の発生した年月日		令和 年 月 日							

◎請求者は児童を養育している保護者となります。太枠の中だけ記入してください。

備 考

不備書類確認欄(✓を記入)	
<input type="checkbox"/> 有(月日案内済)・ <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 健康保険証	
<input type="checkbox"/> その他()	

認定・改定・却下の別	認定・改定・却下年月日	認定・改定年月日	算定基礎児童数 及び手当月額	認 定 番 号
認定・改定	令和 . .	令和 年 月分から	3歳未満分 ,000 円	
			3歳以上小学校修了前分 ,000 円	
			中学生分 ,000 円	
却 下			所得制限分 ,000 円	
			計 ,000 円	