

児童手当		額改定認定請求書		額改定届		提出年月日		※受付確認年月日		
鹿沼市長 宛		認定番号		(記載不要)		令和 0・0・0		令和 ・ ・		
受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	かぬま くみこ 鹿沼 組子		住所 (法人の主たる事務所の所在地)		〒000 - 0000 鹿沼市〇〇町0丁目00-0 〇〇アパート00号室 電話 000 (000) 0000				
	性別	男・女	生年月日	昭和 0・0・0 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 括弧内に〇を記す () 私立学校教員共済 () 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	(記載不要)		(記載不要)						
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	住所	監護の 有無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する 場合に〇印	
鹿沼 林一郎		長男	平成 0・0・0 令和	同・別	令和 年 月	〇〇県〇〇市 〇〇町00-0	有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	
こちらの欄には、高校生相当年齢以下の児童を記載してください。					父、母、未成年後見人の場合は「同一」、その他の場合は「維持」に〇					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	住所	監護相当 の有無	生計費 負担 の有無		
鹿沼 苺		次女	平成 0・0・0 令和	同・別	令和 年 月	〇〇県〇〇市 〇〇町0-00-0	有・無	有・無		
こちらに記載する児童については、「監護相当・生計費の負担についての確認書」もご提出ください。										
増額した理由				ア. 出生 イ. その他 (制度拡大による)						
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 6・10・1					
備考	※認定・改定・却下			※認定・改定・却下年月日		※認定・改定年月		※手当月額		
				令和 ・ ・		令和 ・		3歳未満分 3歳以上分 計 円 円 円		

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎ ※印の欄は、記入しないでください。
◎ 字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。