

児童手当 額改定認定請求書 額改定届 (あて先) 松山市					*受給者番号			
					提出年月日	令和 年 月 日		
					*主管課受付年月日		*支所受付年月日	
受給者	(フリガナ)		氏名		本人確認書類			
	性別	男・女	生年月日	昭和 年 月 日	平成			
	職業		ア. 被用者(サラリーマン等) イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		加入している公的年金制度の種別 ※3歳未満の児童の請求時のみ、受給者の健康保険証のコピーが必要です。			
	住所		[電話番号] - - (昼間の連絡先)		① 厚生年金保険 ② 私立学校教職員共済 ③ 国家公務員等共済 ④ 地方公務員共済 ⑤ 国民年金 ⑥ その他()			
増額又は減額の別			増額・減額					
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	海外留学の場合 出国年月	別居の場合の住所	監護の有無	生計関係
			平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同一維持
			平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同一維持
※対象となる児童の兄弟等	(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学の場合 出国年月	別居の場合の住所	監護相当の有無	生計費負担の有無
			平成 令和	同・別	令和 年 月		有・無	同一維持
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. 児童の兄弟等の監護相当の世話をしなくなった ク. 児童の兄弟等の生活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した 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 . . .					
不備の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
<input type="checkbox"/> 3歳未満の児童の請求をする場合：受給者の健康保険証のコピー <input type="checkbox"/> 児童と別居又は父母以外が請求する場合：申立書 <input type="checkbox"/> 児童の兄弟等を記載する場合：監護相当・生計費負担の確認書 <input type="checkbox"/> その他()								
第1子	*認定・改定・却下年月日	*手当月額		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母				
第2子	令和 . . .	3歳未満分	円	備 考 (求庁者)氏名 ※確認書類：免許証・保険証・その他()	-----代理人の場合は、記入してください。-----			
第3子		3歳以上分	円					
第4子	*認定・改定年月	うち第3子以降	円					
第5子	令和 . . .		円					
第6子	□届出15日以内	計	円					

太枠内のみ記入してください。 ※は記入しないでください。