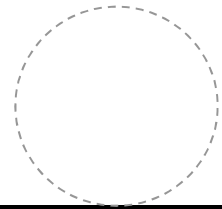


児童手当

額改定認定請求書 額改定届



受給者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所	立川市		電話番号	自宅・携帯 (父・母・その他)		
	加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金 (公務員の方は勤務先:)					
	厚生年金	1 私学共済 2 国家公務員共済 (郵便局含む) 3 地方公務員等共済 4 それ以外					
対象となる児童	フリガナ 氏 名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 関係	障害 有無
		年 月 日	子	同居	有	同一	有
		年 月 日	その他	別居	無	維持	無
		年 月 日	子	同居	有	同一	有
		年 月 日	その他	別居	無	維持	無
		年 月 日	子	同居	有	同一	有
		年 月 日	その他	別居	無	維持	無
		年 月 日	子	同居	有	同一	
		年 月 日	その他	別居	無	維持	
		年 月 日	子	同居	有	同一	
	年 月 日	その他	別居	無	維持		
別居先 住所	電話						
増額した理由	ア 出生した イ その他 ()						
減額した理由	ア 監護しなくなった イ 死亡した ウ 里親等への委託又は施設に入所した エ その他 ()						
事由発生 年月日							

※18歳年度末以降から22歳年度末までの間にある子であって、請求者が生活費等を経済的に負担している子をいいます。

上記の通り、請求・届出します。		年 月 日
立川市長 殿	氏名 _____	

改定年月	年 月分	15日特例
改定後の月額	10,000円 人	手当月額 円
	15,000円 人	
	30,000円 人	
決定年月日		

特記事項

受付	入力	確認

児童手当

額改定認定請求 額改定届

記入例(同居)

受給者	フリガナ	姓 氏 名	現在児童手当を受けている方の氏名・その他情報を記入してください。	生年月日	S ●● 年 ● 月 ● 日			
	氏名	立川 太郎		電話番号	自宅・携帯 080-●●●●-●●●● (父・母・その他)			
	住所	立川市 ●●町●丁目●番地の●						
	加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先:)						
厚生年金	1 私学共済 2 国家公務員共済(郵便局含む) 3 地方公務員等共済 4 それ以外							
対象となる児童	フリガナ	氏 名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 関係	障害 有無
	姓 氏 名	立川 うどら	H ●●年●月●日	子	同居	有	同一	有
				その他	別居	無	維持	無
	改定の対象となる18歳年度末に達する前の児童について記入してください。			請求者が子の監督・保護を行っている場合は、有に○を記入してください。				
	年 月 日			その他	別居	無	維持	無
大学生年代の子※	別居先住所	電話						
	増額した理由	イ 出生した イ その他 (						
	減額した理由	ア 監護しなくなった イ 死亡した ウ 里親等への委託又は施設に入所した エ その他 (						
	事由発生年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日						

※18歳年度末以降から22歳年度末までの間にある子であって、請求者が生活費等を経済的に負担している子をいいます。

上記の通り、請求・届出します。		令和 ● 年 ● 月 ● 日
立川市長 殿		氏名 立川 太郎

改定年月	年 月分から	15日特例
改定後の月額	10,000円 人	手当月額 円
	15,000円 人	
	30,000円 人	
決定年月日		

特記事項

受付	入力	確認

児童手当

額改定認定請求 額改定届

記入例(別居)

受給者	フリガナ	姓 氏 名	現在児童手当を受けている方の氏名・その他情報を記入してください。	生年月日	S ●● 年 ● 月 ● 日			
	氏名	立川 太郎		電話番号	自宅・携帯 080-●●●●-●●●● (父・母・その他)			
	住所	立川市 ●●町●丁目●番地の●						
	加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先:)						
	厚生年金	1 私学共済 2 国家公務員共済(郵便局含む) 3 地方公務員等共済 4 それ以外						
対象となる児童	フリガナ	氏 名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 関係	障害 有無
	姓 氏 名	立川 うどら	H ●●年●月●日	子	同居	有	同一	有
				その他	別居	無	維持	無
			年 月 日	子	同居	有	同一	有
			年 月 日	その他	別居	無	維持	無
大学生年代の子※			年 月 日	子	同居	有	同一	有
			年 月 日	その他	別居	無	維持	無
			年 月 日	子	同居	有	同一	有
			年 月 日	その他	別居	無	維持	無
別居先住所	●●県●●市●●町●丁目●番地の● 電話 080-●●●●-●●●●							
増額した理由	ア 出生した イ その他 ()							
減額した理由	ア 監護しなくなった イ 死亡した ウ 里親等への委託又は施設に入所した エ その他 ()							
事由発生年月日	令和 ● 年 ● 月 ● 日							

※18歳年度末以降から22歳年度末までの間にある子であって、請求者が生活費等を経済的に負担している子をいいます。

上記の通り、請求・届出します。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

立川市長 殿

氏名 立川 太郎

添付書類として、監護事実の申立書(後日郵送可)が必要です。

改定	10,000円	人	手当月額	交付	入刀	確認
改定後の月額	15,000円	人				
	30,000円	人	円			
決定年月日						

特記事項