

増額の場合

児童手当 額改定認定
額改定 届

記入見本

令和 6 年 10 月 2 日

認定番号

1 2 3 4 5 6 7 1

(宛先) 東大阪市長

受給者	氏名	(フリガナ) ヒガシオオサカ タロウ 東大阪 太郎		性別	男	受給者(または配偶者)の日中連絡がとれる番号を記入してください。 06 - 4309 - 3165
	住所	東大阪 市 荒本北1-		共済組合員(4)(5)の方は、被用者年金加入証明書の提出が必要です。(2)(3)の方は、請求者の健康保険証の写しを添付してください。	06 - 4309 - 3165	
	職業	1. 会社員 2. 自営業 3. 公務員 勤務先() 3. その他	加入年金等種類 (1)厚生年金 (2)共済組合員は下記に○ (1)私立学校教職員共済 (2)日本郵政共済 (3)文部科学省共済大学等支部 (4)国家公務員共済 (5)地方公務員等共済	2. 国民年金 3. 未加入	員記載欄 1. 被用者年金加入証明書 2. 受給者の健康保険証の写し 3. 別居監護申立書 4. 住民票 5. 監護相当・生計費確認書 6. その他()	
	職業	1. 会社員 2. 自営業 3. 公務員 勤務先() 3. その他	加入年金等種類 (1)厚生年金 (2)共済組合員は下記に○ (1)私立学校教職員共済 (2)日本郵政共済 (3)文部科学省共済大学等支部 (4)国家公務員共済 (5)地方公務員等共済	2. 国民年金 3. 未加入	員記載欄 1. 被用者年金加入証明書 2. 受給者の健康保険証の写し 3. 別居監護申立書 4. 住民票 5. 監護相当・生計費確認書 6. その他()	

児童手当の額の増額・減額の原因となる児童又は児童の兄弟等

児童	(フリガナ) 氏名	続柄	生年月日	同居別居	住所(受給者と別居の場合は住所をご記入ください)	監護の有・無	生計関係	海外留学の出国年月	住基宛名番号
	ヒガシオオサカ キキョウ 東大阪 桔梗	子 (その他)	6・10・1	同 別	東大阪 市 荒本南1-1	有 無	同一 維持	平 令	
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)								
	ヒガシオオサカ トライ 東大阪 斗来	子 (その他)	15・8・3	同 別	東大阪 市長田2-3	有 無	同一 維持	平 令	
理由等	児童手当の額が増える理由(ア)出生 (イ) その他(監護、生計費の負担をするため)								
	ア. 児童が死亡した イ. 児童が死亡した ウ. 児童が死亡した エ. 児童が死亡した オ. 児童が死亡した キ. 児童が死亡した ク. 児童が死亡した ケ. 児童が死亡した コ. 児童が死亡した サ. 児童が死亡した								
事由の発生した年月日 令和 6 年 10 月 1 日									

児童(現在受給中の児童を含める)と児童の兄弟等の児童数が3人以上の場合は、「監護相当・生計費の負担についての確認書」の提出が必要

児童が生まれた日、監護するようになった日等を記入してください。

3歳以上分 人

3歳以上分 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

計 人 計 人

減額の場合

児童手当 額改定認定
額改定 届

記入見本

令和 6 年 10 月 2 日

認定番号

1 2 3 4 5 6 7 1

(宛先) 東大阪市長

受給者	氏名	(フリガナ) ヒガシオオサカ タロウ 東大阪 太郎		性別	男	受給者(または配偶者)の日中連絡がとれる番号を記入してください。
	住所	東大阪 市 荒本北1-1-1		TEL	06 - 4309 - 3165	
	職業	1. 会社員 2. 自営業 3. 公務員 勤務先() 3. その他	加入年金等種類 厚生年金 <共済組合員は下記に○> (1)私立学校教職員共済 (2)日本郵政共済 (3)文部科学省共済大学等支部 (4)国家公務員共済 (5)地方公務員等共済	2. 国民年金 3. 未加入	職員記載欄 未添付書類 ※共済組合員(4)(5)の場合は1.必須(2)(3)の場合は2.で可 1. 被用者年金加入証明書 2. 受給者の健康保険証の写し 3. 別居監護申立書 4. 住民票 5. 監護相当・生計費確認書 6. その他()	

児童手当の額の増額・減額の原因となる児童又は児童の兄弟等

児童	氏名	続柄	生年月日	同居 別居	住所(受給者と別居の場合は住所をご記入ください)	監護の 有・無	生計 関係	海外留学の 出国年月	住基宛名番号
		子 ・ その他 ()	平 ・ 令	同 ・ 別		有 ・ 無	同一 ・ 維持		
		子 ・ その他 ()	平 ・ 令	同 ・ 別		有 ・ 無	同一 ・ 維持		
		子 ・ その他 ()	平 ・ 令	同 ・ 別		有 ・ 無	同一 ・ 維持		
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)								
	ヒガシオオサカ トライ 東大阪 斗来	子 ・ その他 ()	平 ・ 令	15・8・3	同 ・ 別	東大阪市長田2-3	有 ・ 無	同一 ・ 維持	
		子 ・ その他 ()	平 ・ 令		同 ・ 別		有 ・ 無	同一 ・ 維持	
理由等	児童手当の額が増額した理由 ア. 出生 イ. その他()								
	児童手当の額が減額した理由 ア. 児童が死亡した 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 コ. 児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、又は児扶同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 年 10 月 1 日				

備考						
職員記載欄	認定・改定・却下年月日	令和 . .	認定・改定年	令和 . .	算定基礎児童数	手当月額
	受付印	受付者	児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった日を記入してください。			円
			書類補完年月日	令和 . .	計 人計	円
	◎太枠の中のみ記入してください。					
	◎字は、楷書ではっきり書いてください。					