

**額改定認定請求書・額改定届を郵送で提出される場合は、次の点をご承知ください。**

- ・ 額改定認定請求書・額改定届が子育て推進課に届いた日が請求日となります。額改定認定請求書の到着が遅れますと手当が受けられない月が生じる可能性があります。
- ・ 額改定認定請求時に必要書類が不足している場合は、後日追加提出していただきます。
- ・ 額改定認定請求書が子育て推進課に届いた後、書類の不足等がある場合にはご連絡をいたしますので、額改定認定請求書の電話番号欄には日中必ず連絡のとれる電話番号をご記入ください。
- ・ 記入にあたっては、記入例を確認し、誤りのないようにしてください。

# 児童手当 額改定認定請求書・額改定届

(宛先) 春日井市長

		認定番号	提出年月日		※受付番号			
			令和 . .					
受給者	(フリガナ) 氏名				生年月日			
	住所							
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	加入年金	ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. その他 ( ) ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 ( ) 私立学校教職員共済 ( ) 国家公務員共済 ( ) 地方公務員共済				
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 出国年月	住所 (別居の場合のみ記入)	監護の有無	生計関係	※児童との関係
		平成・令和 . .	同・別	令和 .		有・無	同一・維持	同居父母 後見人 指定者
		平成・令和 . .	同・別	令和 .		有・無	同一・維持	同居父母 後見人 指定者
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日から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) ※3人以上を養育している方は「監護相当・生計費負担についての確認書」の提出が必要です。								
氏名	続柄	生年月日	同居別居の別	海外留学 出国年月	住所 (別居の場合のみ記入)	監護相当の有無	生計費負担の有無	※算定対象
		平成 . .	同・別	令和 .		有・無	有・無	
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. 主たる生計の維持者が変更となった キ. 未成年後見人でなくなった ク. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった ケ. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった コ. 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) サ. 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 シ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) ス. その他 ( )							
事由の発生した年月日	令和 . .							
備考	被用区分の変更 有 ・ 無	※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定・却下年月	※手当月額	3歳未満分	第1子・第2子 人 第3子以降 千円	
	※被用区分 被用者・非被用者		令和 . .	令和 . .		3歳以上分	第1子・第2子 人 第3子以降 千円	
						□15日特例	人 千円	
				点検	入力	審査	受付	

※印の欄は、記入しないでください。  
字は、楷書(かいしょ)ではっきりと書いてください。

(ダウンロード用)

欄は必ずすべて記入してください。

記入例(増額)

児童手当 額改定認定請求書・額改定届

受給者の氏名で署名を必ずしてください。

提出日を記入してください。

必ず記入してください。(携帯電話可)

(宛先) 春日井市長

認定番号 提出年月日

令和 〇・〇・〇

受給者	(フリガナ) 氏名	カスガイ タロウ 春日井 太郎	生年月日	平成元年6月10日
	住所	春日井市鳥居松町5丁目44番地	電話番号	0568 ( 85 ) 6201
職業	職業	ア 被用者 公務員	ア 厚生年金保険 イ 国民年金 ウ その他 ( ) ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に〇を記入してください。	
	職業		エ 私立学校教職員共済 ( ) 国家公務員共済 ( ) 地方公務員共済 ( )	

加入している年金に該当する記号に〇をつけてください。

出生した、受給者と生計が別になった等、増額の原因となった児童のみ記入してください。

監護とは、児童の生活について通常必要とされる監督、保護を行うことをいいます。通常、保護者として養育している場合は「有」に〇をつけます。「無」に〇をつけた場合、支給要件を満たさないため、児童手当の認定が受けられません。

児童の氏名	年齢	国籍	別居	監護の有無	生計関係	児童との関係
春日井 一郎	6・5・5	日本	同・別	有・無	同一・維持	同居父母後見人指定者
			同・別		同一・維持	同居父母後見人指定者

該当する方に必ず〇をつけてください。請求者と児童の住所が別である場合、監護申立書が必要です。

氏名	続柄	生年月日	同居別居の別	海外留学出国年月	住所(別居の場合のみ記入)	相当の有無	生計費負担の有無	※算定対象
春日井 花子	子	14・6・6	同・別			有・無	有・無	

増額した理由	ア. 出生 イ. その他 ( )
減額した理由	ア. 死亡シ イ. 監護シ 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. 主たる生計の維持者に変更となった キ. 未成年後見人でなくなった (単身赴任の場合を除く) ク. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった ケ. ( ) コ. ( ) サ. ( ) シ. ( ) ス. その他 ( )

該当する理由に〇をつけてください。

該当する方に必ず〇をつけてください。児童の兄弟等を含め、児童の合計が3人以上かつ、生計費負担が「有」の場合、「監護相当・生計費の負担についての確認書」の提出が必要です。

事由の発生した年月日 令和 6・5・5

備考	被用区分の変更	有・無	※認定・改定	出生など、増額の事由が発生した年月日を記入してください。	第1子・第2子	人	千円
	※被用区分	被用者・非被用者	令和	令和	第3子以降	人	千円
					第1子・第2子	人	千円
					第3子以降	人	千円
					計	人	千円

※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書(かいしょ)ではっきりと書いてください。

(ダウンロード用)

点検	入力	審査	受付
----	----	----	----

欄は必ずすべて記入してください。

記入例(減額)

児童手当 額改定認定請求書・額改定届

受給者の氏名で署名を必ずしてください。

提出日を記入してください。

必ず記入してください。(携帯電話可)

(宛先) 春日井市長

認定番号

提出年月日 令和 〇・〇・〇

受給者 (フリガナ) カスガイ タロウ  
氏名 春日井 太郎  
生年月日 平成元年6月10日  
住所 春日井市鳥居松町5丁目44番地  
電話番号 0568 ( 85 ) 6201  
職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者  
加入年金 ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. その他 ( )  
※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。  
( ) 私立学校教職員共済 ( ) 国家公務員共済  
( ) 地方公務員共済

児童を監護しなくなった等、減額の原因となった児童のみ記入してください。

又は減額の別		増額		減額			
増額又は減額の原因となる児童							
続柄	生年月日	同居別居の別	海外留学出国年月	住所(別居の場合のみ記入)	監護の有無	生計関係	※児童との関係
春日井 一郎	平成・令和 6・5・5	同・別	令和		有・無	同一・維持	同居父母後見人指定者
	平成・令和 .	同・別	令和		有・無	同一・維持	同居父母後見人指定者

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日から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)  
※3人以上を養育している方は「監護相当・生計費負担についての確認書」の提出が必要です。

氏名	続柄	生年月日	同居別居の別	海外留学出国年月	住所(別居の場合のみ記入)	監護相当の有無	生計費負担の有無	※算定対象
		平成	同・別	令和		有・無	有・無	

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. 児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった  
 エ. 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)  
 オ. 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 (留学を理由とするものを除く)  
 カ. 主たる生計の維持者が変更となった シ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く)  
 キ. 未成年後見人でなくなった  
 ク. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった ス. その他 ( )

事由の発生した年月日 令和 6 ・ 10 ・ 5

備考 被用区分の変更 有 ・ 無

※被用区分 被用者・非被用者

※認定・改定 却下

令和 . . . 令和 . . . 月 . . . 日

□15日特例

額計

第1子・第2子 人 千円  
第3子以降 人 千円  
第1子・第2子 人 千円  
第3子以降 人 千円

※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書(かいしよ)ではっきりと書いてください。

(ダウンロード用)

点検	入力	審査	受付