児童手当・特例給付 額改定認定請求書 額改定届

収受印

藤沢市長

請求年月日	年　月　日	増額または減額の別	増額 ・ 減額

受給者			
	フリガナ		性 別
	氏 名		男 ・ 女
	住 所	藤沢市 TEL　　－　　－	生年月日 年　月　日
	職 業	被用者（会社員等）・ 公務員（勤務先：　　TEL　　）・非被用者（自営業・無職・その他）	
	加入年金等の種類	ア．厚生年金　イ．国民年金　ウ．その他（　　） **アに該当する方は、請求者の健康保険証のコピーを添付してください。** 以下の共済組合の組合員である場合は（ ）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（日本郵政共済組合を含む） （　）地方公務員等共済 健康保険証に大学等支部名 又は 事業所名の記載がない場合は年金加入証明書（別紙）を提出してください。	

増額または減額の原因となる児童	フリガナ 氏 名	続柄	生 年 月 日	監護	生計	居住	海外留学をしている場合の出国年月	※児童との関係
			年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	年　月	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	児童の住所							
			年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	年　月	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	児童の住所							
			年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	年　月	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	児童の住所							
			年　月　日	有・無	同一・維持	同居・別居	年　月	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
	児童の住所							

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．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） ク．里親等への委託又は児童福祉施設等への入所もしくは入院 ケ．児童と同居しなくなった（単身赴任の場合を除く） コ．その他（　　）
事由の発生した年月日	年　月　日
同意事項	この事業に関し、受給可否に必要な住民記録情報等について、公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含みます。）により市長が利用することに同意します。公簿等で確認できない場合は、必要書類を提出します。

職員使用欄	不足書類	□保険証コピー　□年金加入証明書　□その他（　　）	□ 3歳　□ 現況　□ 月末特例				
	認定・改定・却下 年月日	認定・改定年月	手当月額	受付	審査1	年	入力	審査2
	・　・	・	計　人　円					

備 考