

受給者番号	受付簿	ミサリオ	住基	入力
被 非	NO	入力		

児童手当 額改定認定請求書  
額改定届

別府市長あて

提出年月日	※受付確認年月日
令和 6・9・10	令和 ・ ・

受 給 者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	べっふ はなこ 別府 花子		住所 (法人の主たる事務所 の所在地)	〒874-0000 別府市◆◆町◆番◆号 電話 090 (0000) 0000
	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日	昭和 平成 8・8・8	加入している 公的年金制度 の種別
	職業	<input checked="" type="radio"/> 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者			<input checked="" type="radio"/> 厚生年金保険 ※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 ( ) 地方公務員等共済

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	海外留学をして いる場合の出国 年月	住所	監護の 有無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する 場合に○印
別府 二郎	子	平成 令和 6・9・2	<input checked="" type="radio"/> 同・別	令和 年 月	同上	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同・維持	・ 未成年後見人 ・ 父母指定者 ・ 同居父母
		平成 令和 ・ ・	同・別	令和 年 月		有・無	同・維持	・ 未成年後見人 ・ 父母指定者 ・ 同居父母

増額又は減額の原因となる児童の兄姉等  
(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)

氏名	続柄	生年月日	同居・ 別居の別	海外留学をして いる場合の出国 年月	住所	監護相当 の有無	生計費 負担 の有無
		平 成 ・ ・	同・別	令和 年 月		有・無	有・無
		平 成 ・ ・	同・別	令和 年 月		有・無	有・無

増額した理由  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. 児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった	ク. 児童の兄姉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 (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・9・2

備 考	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
	令和 ・ ・	令和 ・ ・	3歳未満分 円 3歳以上分 円 計 円

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

受付者	児扶・ひ	子医	保育所	クーポン

I 1点 (個か・運・旅・住か・身障者・在か・その他 )  
 II 2点以上 (保険・児扶・他 ) + (保険・児扶・他 )  
 III 2点以上 (保険・児扶・他 ) + (聴聞 内容下記記入 )  
 聴聞事項  世帯構成  同一世帯員生年月日  住所履歴  本籍地  その他