

児童手当額改定請求書（増額）

受付	令和	年	月	日
※受給者番号				
0 0 0 0				

吹田市 市長 宛

下記の児童等を生計同一（維持）で監護しているため、請求します。

*** 太枠内をご記入ください。**

*** 多子加算の算定対象者（18～22歳になる年度末）が増えた場合は確認書が必要です。**

受給者	請求日	令和 年 月 日			生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日		
	フリガナ							
	氏名				児童等 との続柄	父 ・ 母 ・ その他 ()		
	住所	吹田市			電話	()		
					携帯	()		
加入年金	1.厚生年金 共済組合員の方はいずれかに○を記入してください (ア.私立学校教職員共済 イ.国家公務員共済 ウ.地方公務員等共済) 2.国民年金 3.その他()							
増額 の対象 になる 児童等	フリガナ	性別	続柄	生年月日	同居・ 別居の別	生計 関係	住所(受給者と別居している場合は記入)	
	氏名	男・女	子・	平成・令和・西暦 年 月 日	同居 ・ 別居	同一 ・ 維持		
		男・女	子・	平成・令和・西暦 年 月 日	同居 ・ 別居	同一 ・ 維持		
		男・女	子・	平成・令和・西暦 年 月 日	同居 ・ 別居	同一 ・ 維持		
備考						該当日	年 月 日	
						支給 開始月	年 月	
受付	子ども	ひとり	児扶	不足書類	1、確認書 2、その他 ()		手当月額	申請事由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input checked="" type="checkbox"/> その他 円 (多子加算該当)
	済 案内 不要	済 案内 不要	済 案内 不要		受付完了			
認定・却下年月日			改定年月日			支給児童数		データ入力日
令和			令和 年 月			人		