

# 児童手当用（見本）

現在受給中で、下の子が生まれた場合

窓口へ提出する日をご記入ください。

稲城市長 殿		令和 ○・○・○		令和 ○・○	
(ふりがな)		いなぎ なしのすけ		生年月日	
稲城 梨之助		昭和 50・4・1		平成	
稲城市		東長沼2111 A-202		電話 042 ( 378 ) 7777	
性別		職業		ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	
増額又は減額		職業を○で囲んでください (会社員の場合ア、自営業や専業主婦の場合はウになります)		増額 ・ 減額	
ふりがな氏名		同居・別居の別		住所	
いなぎ みどり		男・女		監護の有無	
稲城 みどり		男・女		生計関係	
子		令和 ○・○・○		有・無	
男・女		同・別		同一・維持	
男・女		同・別		有・無	
男・女		同・別		同一・維持	
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. 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)		エ. 里親等への委託又は児童福祉施設等への入所若しくは入院	
		オ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く)		カ. その他 ( )	
事由の発生した年月日		. . .		. . .	
備考	児童手当 特例給付	※ 認定・改定・却下	認定・改定・却下年月日	認定・改定年月	手当月額
			15日特例 ( / まで)	3歳未満分 ,000 円	
			台帳確認済	3歳以上小学校修了前分 ,000 円	
				中学生分 ,000 円	
				計 ,000 円	

上の子と同じ児童手当の受給者(保護者)の氏名等をご記入ください。

職業を○で囲んでください  
(会社員の場合ア、自営業や専業主婦の場合はウになります)

今回生まれたお子さんについてご記入ください。

お子さんの面倒を見ている場合は「有」を○で囲んでください。

本人の子どもである場合は「同一」を○で囲んでください。

◎ ※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。  
◎ 記名押印に代えて、署名することができます。