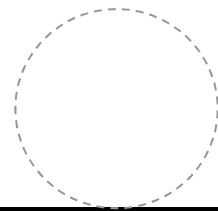


# 児童手当

# 額改定認定請求書 額改定届



受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏名						
	住所	立川市	電話番号	自宅・携帯 (父・母・その他)			
	加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先: )					
厚生年金	1 私学共済 2 国家公務員共済(郵便局含む) 3 地方公務員等共済 4 それ以外						
対象となる児童	フリガナ 氏名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 関係	障害 有無
	年 月 日		子	同居	有	同一	有
			その他	別居	無	維持	無
	年 月 日		子	同居	有	同一	有
			その他	別居	無	維持	無
	年 月 日		子	同居	有	同一	有
			その他	別居	無	維持	無
	年 月 日		子	同居	有	同一	有
その他			別居	無	維持	無	
大学生年代の子※	年 月 日		子	同居	有	同一	
			その他	別居	無	維持	
	年 月 日		子	同居	有	同一	
			その他	別居	無	維持	
別居先住所	電話						
増額した理由	ア 出生した ① その他 ( 多子加算適用のため )						
減額した理由	ア 監護しなくなった イ 死亡した ウ 里親等への委託又は施設に入所した エ その他 ( )						
事由発生年月日	令和8年4月1日						

※18歳年度末以降から22歳年度末までの間にある子であって、請求者が生活費等を経済的に負担している子をいいます。

上記の通り、請求・届出します。

年 月 日

立川市長 殿

氏名 \_\_\_\_\_

改定年月	年 月分から	15日特例
改定後の月額	10,000円 人	手当月額 円
	15,000円 人	
	30,000円 人	
決定年月日		

受付	入力	確認

特記事項

# 児童手当

# 額改定認定請求 額改定届

# 記入例

ご自宅か携帯電話の番号を記入してください。

受給者	フリガナ	姓 氏名	姓 氏名	生年月日	S ●● 年 ● 月 ● 日			
	氏名	姓 氏名	姓 氏名	電話番号	自宅・携帯 080-●●●●-●●●● (父・母・その他)			
住所	立川市 ●●町●丁目●番地の●							
加入年金	1 国民年金・未加入 <input checked="" type="radio"/> 2 厚生年金（公務員の方は勤務先：）							
厚生年金	1 私学共済 2 国家公務員共済（郵便局含む） 3 地方公務員等共済 <input checked="" type="radio"/> 4 それ以外							
対象となる児童	フリガナ	氏名	生年月日	続柄	同居 別居	監護 有無	生計 関係	障害 有無
	令和8年3月末に、18歳の年度末を迎える子(封筒の宛名に記載されている子)についてご記入ください。		年 月 日	子	同居	有	同一	有
			年 月 日	子	同居	有	同一	有
			年 月 日	その他	別居	無	維持	無
大学生年代の子※	フリガナ	姓 氏名	H ●●年 ● 月 ● 日	<input checked="" type="radio"/> 子	同居	<input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 同一	
	姓 氏名	姓 氏名	H ●●年 ● 月 ● 日	その他	別居	無	維持	
	別居先住所	●●県●●市●●町●-●-●			子	同居	有	同一
		電話 080-●●●●-●●●●			その他	別居	無	維持
増額した理由	ア 出生した <input checked="" type="radio"/> イ その他（多子加算適用のため）							
減額した理由	ア 監護しなくなった イ 死亡した ウ 里親等への委託又は施設に入所した エ その他（ ）							
事由発生年月日	令和8年4月1日							

※18歳年度末以降から22歳年度末までの間にある子であって、請求者が生活費等を経済的に負担している子をいいます。

上記の通り、請求・届出します。

令和●年 ●月 ●日

立川市長 殿

氏名 立川 太郎

改定年月	年 月分から	15日特例
改定後の月額	10,000円 人	手当月額
	15,000円 人	
	30,000円 人	
決定年月日	円	

受付	入力	確認

特記事項