児童手当用（見本）
現在受給中で、下の子が生まれた場合

窓口に提出する日をご記入ください。

稲城市長　殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 ○・○・○	令和　・　・

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。

	（ふりがな）	いなぎ　なしのすけ	生年月日	昭和・平成 50・4・1
		稲城　梨之助		
	住所	稲城市 東長沼2111　A-202		
		電話 042（378）7777		
	性別	男・女	職業	ア．被用者　イ．公務員 ウ．被用者等でない者

職業を〇で囲んでください（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）

増額又は	増額・減額
増額の原因となる児童	

ふりがな 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	監護の有無	生計関係
いなぎ　みどり 稲城　みどり	男・女 子	令和 ○・○・○	同・別		有・無	同一・維持
	男・女	・				
	男・女	・　・	同・別		有・無	・維持
	男・女	・　・	同・別		有・無	同一・維持

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」を〇で囲んでください。

本人の子どもである場合は「同一」を〇で囲んでください。

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
			・　・ 台帳確認済	15日特例（　／　まで） ・	3歳未満分　,000円 3歳以上小学校修了前分　,000円 中学生分　,000円 計　,000円

◎　※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。