

※※ 第 号		※ 市区町村 平成 年 月 日		④ 児童の氏名						
※ 経町村 由名		※ 市 区 町 村 平成 年 月 日		⑤ 個人番号						
※ 町 平成 年 月 日号		※ 町 平成 年 月 日号		⑥ 生 年 月 日	平成 年 月 日生	平成 年 月 日生				
※ 町 平成 年 月 日号		※ 町 平成 年 月 日号		⑦ 請求者との続柄						
<u>児童扶養手当額改定請求書</u>				⑧ 請求者との別	同居・別居	同居・別居				
				⑨ 監護等を始めた年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日				
				⑩ 障害の状態の有無	あ る ・ な い	あ る ・ な い				
① フリガナ氏名	② 証書番号	第 号		⑪ 父又は母の状況	イロハニホヘトチリヌル ヲワカヨ	イロハニホヘトチリヌル ヲワカヨ				
③ 住所				⑫ 父の氏名・生年月日	( 年 月 日生)	( 年 月 日生)				
				⑬ 母の氏名・生年月日	( 年 月 日生)	( 年 月 日生)				
関係書類を添えて、児童扶養手当の額の改定について請求します。  平成 年 月 日  氏名 ⑭  江別市長あて				父の死亡したとき	⑭ 死亡年月日	年 月 日				
					⑮ 死亡の原因	業務上・業務外	業務上・業務外			
				死亡したとき	⑯ 死亡時又は死亡直前の勤務先	名称				
						所在地				
				母の死亡したとき	⑰ 死亡年月日	年 月 日	年 月 日			
					⑱ 死亡の原因	業務上・業務外	業務上・業務外			
				死亡したとき	⑲ 死亡時又は死亡直前の勤務先	名称				
						所在地				
								⑳ 父又は母の死亡したとき	受けること 種類 ( ) ができる 基礎年金番号・年金コード 支給停止 ( ) 受けることができない 年 額 ( 円 )	受けること 種類 ( ) ができる 基礎年金番号・年金コード 支給停止 ( ) 受けることができない 年 額 ( 円 )
								㉑ 児童が加算の対象となっ ている父又は母の公的 年金の受給状況	受けること 種類 ( ) ができる 基礎年金番号・年金コード 支給停止 ( ) 受けることができない 年 額 ( 円 )	受けること 種類 ( ) ができる 基礎年金番号・年金コード 支給停止 ( ) 受けることができない 年 額 ( 円 )
※ 額改定請求を行う理由		これまでの 受給事由		㉒ 父又は母が障害であるとき	番号 等級	番号 等級				
		これまでの 対象児童			公的年金の種類・障害 等級					
※※ 改定・却下 平成 年 月 日 改定年月 平成 年 月 改定後月額 円 改定後児童数 人		※※ 証書作成 平成 年 月 日 改訂 第 号		父又は母の職業又は勤 務先						
				備 考	・本人確認済 ・個人番号記載同意済 ・個人番号確認済					

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎字は楷書ではっきりと書いてください。記名押印に代えて署名することができます。