

※令和8年4月1日時点の情報をご記入ください。

記入例(多子加算)

児童手当 額改定認定請求書 額改定届

提出日を記入

佐賀県小城市長 殿

受給者名 (児童手当の受取人)

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	おぎ たろう 小城 太郎		住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒 845 - ×××× 小城市〇〇町〇〇番地△△ 電話 090 (1234) 5678
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	昭和 平成 5 0 . 5 . 5	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合 は括弧内に○を記入してください。 () () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済
	職業	<input checked="" type="radio"/> 被用者 <input type="radio"/> 公務員 <input type="radio"/> 被用者等でない者	加入している 公的年金制度の種類 厚生年金加入者はア 国民年金加入者はウに○		

増額 又は 減額の別 増額 ・ 減額

増額 又は 減額 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	海外留学をして いる場合の出国 年月	住所	監護の 有無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する 場合に○印
		平成 令和 . .	同・別	令和 年 月		有・無	・同一 ・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和 . .	同・別	令和 年 月		有・無	・同一	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母
		平成 令和 . .	同・別	令和 年 月		有・無	・同一	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母

「監護相当の有無」「生計費負担の有無」
いずれも「有」の場合に多子加算の対象
となります。いずれかが「無」の場合は申
請は不要です。

増額 又は 減額 の 原因 となる 児童 の 兄 姉 等

(18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)

（ふりがな） 氏名	続柄	生年月日	同居・ 別居の別	海外留学をして いる場合の出国 年月	住所	監護相当 の有無	生計費 負担 の有無
おぎ いちろう 小城 一郎	子	平成 21.12.1	<input checked="" type="radio"/> 同・別	令和 年 月		<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 有・無

大学生年代(19歳～22歳年度末)のお子さんの情報を記入してください。
※養育している大学生年代の子を含め、お子さんが3人以上いる場合のみ記入してください。
※「監護相当・生計費負担についての確認書」の提出が必要です。

増額した理由	ア. 出生 <input checked="" type="radio"/> その他 (多子加算該当)
減額した理由	ア. 死亡した イ. 監護しなくなった ウ. 生計を同じくしなくなった エ. 生計を維持しなくなった オ. 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) カ. 未成年後見人でなくなった キ. 児童の兄姉等を監護相当の世話をしなくなった ク. 児童の兄姉等の生計費の負担をしなくなった ケ. 父母指定者でなくなった (児童の生計を維持する父母等の帰国) コ. 児童自立生活援助を受け、里親等に委託され、又は児童福祉施設等に入所若しくは入院するに至った サ. 児童と同居しなくなった (単身赴任の場合を除く) シ. その他 ()

事由の発生した年月日 令和 8 . 4 . 1

備考	※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
		令和 . .	令和 . .	3歳未満分 3歳以上分 計

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ ※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。