

児童手当(施設等受給資格者用)

年 月 日

大分市長 殿

PAGE:

請求者

(額改定認定請求書、額改定届、消滅届の場合は受給者)

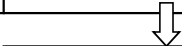
フリガナ 設置者等の氏名(法人名)		生年月日	年 月 日	性別	男・女
施設等の名称		施設等の種類			
法人の主たる事務所の所在地		電話番号			
施設等所在地又は里親住所地		電話番号			

振込金融 機 関	銀行名	支店名	口座番号 普一	
	(カナ) 口座名義人			
	(漢字)			

加入している公的年金の種別 (請求者が個人の場合記入してください。)	厚生年金の場合		厚生年金以外の場合
	ア. 厚生年金保険 イ. 私立学校教職員共済	ウ. 国家公務員共済 エ. 地方公務員等共済	オ. 国民年金 カ. その他()

↓ ※上欄でア～エの場合は「キ」または「ク」、オ・カの場合は「ケ」を選択してください。

職 業 (請求者が個人の場合記入してください。)	キ. 被用者 ク. 公務員 ケ. 被用者等でない者
-----------------------------	-------------------------------------



個人番号(マイナンバー) (上欄でキを選択した場合のみ記入)																			
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

施設入所等児童

(額改定認定請求書又は額改定届の場合は、増額又は減額の原因となる施設入所等児童)

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	備 考	
額改定認定請求書 又は額改定届の場合	増額した理由	ア. 入所・入院又は委託 イ. その他()			
	減額した理由	ア. 死亡した イ. 退所・退院又は委託解除 ウ. その他()			
	事由の発生した年月日		年 月 日		

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	備 考	
額改定認定請求書 又は額改定届の場合	増額した理由	ア. 入所・入院又は委託 イ. その他()			
	減額した理由	ア. 死亡した イ. 退所・退院又は委託解除 ウ. その他()			
	事由の発生した年月日		年 月 日		

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	備 考	
額改定認定請求書 又は額改定届の場合	増額した理由	ア. 入所・入院又は委託 イ. その他()			
	減額した理由	ア. 死亡した イ. 退所・退院又は委託解除 ウ. その他()			
	事由の発生した年月日		年 月 日		

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	備 考	
額改定認定請求書 又は額改定届の場合	増額した理由	ア. 入所・入院又は委託 イ. その他()			
	減額した理由	ア. 死亡した イ. 退所・退院又は委託解除 ウ. その他()			
	事由の発生した年月日		年 月 日		

(消滅届の場合に記入)

消 滅	消滅した受給事由		ア. 施設等を廃止した、里親登録が削除された等
			イ. 施設等の所在地(住所)を他の市町村に変更した
			ウ. 全ての児童が施設入所等児童でなくなった
			エ. その他()
消滅事由の発生した年月日		年 月 日	

記入例

児童手当(施設等受給資格者用)

大分市長 殿

受付印

提出日を記入してください。

R6年 4月 2日

PAGE:

請求者

(額改定認定請求書、額改定届、消滅届の場合は受給者)

里親の場合、請求者は措置費が振り込まれる方となります。

フリガナ 設置者等の氏名(法人名)	オオイト タロウ 大分 太郎	生年月日	S50年 1月 1日	性別	男 女
施設等の名称		施設等の種類	里親		
法人の主たる事務所の所在地		電話番号			
施設等所在地又は里親住所地	大分市◎◎町×番□号	電話番号	000-0000-0000		

振込金融 機 関	銀行名 〇〇銀行	支店名 〇〇支店	口座番号 普一 〇〇〇〇〇〇	
	(カナ) オオイト タロウ			
	口座名義人 (漢字) 大分 太郎	里親の場合は請求者名義の口座を記入してください。		

加入している公的年金の種別 (請求者が個人の場合記入してください。)	厚生年金の場合		厚生年金以外の場合
	ア. 厚生年金保険 イ. 私立学校教職員共済	ウ. 国家公務員共済 エ. 地方公務員等共済	オ. 国民年金 カ. その他()

※上欄でア～エの場合は「キ」または「ク」、オ・カの場合は「ケ」を選択してください。

職 業 (請求者が個人の場合記入してください。)	キ. 被用者 ク. 公務員 ケ. 被用者等でない者
-----------------------------	---------------------------------

里親の場合は請求者の健康保険証の写しを添付してください。

個人番号(マイナンバー) (上欄でキを選択した場合のみ記入)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 1
-----------------------------------	-------------------------

施設入所等児童

(額改定認定請求書又は額改定届の場合は、増額又は減額の原因となる施設入所等児童)

フリガナ 氏 名	ニアゲ ジロウ 荷揚 次郎	生年月日	H25年 9月 12日	備 考	
額改定認定請求書 又は額改定届の場合	増額した理由	ア. 入所・入院又は委託 イ. その他()			
	減額した理由	ア. 死亡した イ. 退所・退院又は委託解除 ウ. その他()			
		事由の発生した年月日		年 月 日	

フリガナ 氏 名		生年月日		備 考	
額改定認定 又は額改定					
フリガナ 氏 名					
額改定認定 又は額改定届の場合					
		事由の発生した年月日		年 月 日	

※注意※

- この用紙は施設または里親専用です。実子分の請求の場合は使用しないでください。
- 認定、額改定の通知書は、定例支給月に発送します。
- 所得制限や第3子加算はありません。

フリガナ 氏 名		生年月日		備 考	
額改定認定請求書 又は額改定届の場合	増額した理由	ア. 入所・入院又は委託 イ. その他()			
	減額した理由	ア. 死亡した イ. 退所・退院又は委託解除 ウ. その他()			
		事由の発生した年月日		年 月 日	

(消滅届の場合に記入)

消 滅	消滅した受給事由	ア. 施設等を廃止した、里親登録が削除された等 イ. 施設等の所在地(住所)を他の市町村に変更した ウ. 全ての児童が施設入所等児童でなくなった エ. その他()			
		消滅事由の発生した年月日		年 月 日	