

様式第4号（第2条・第3条関係）

（表面）

記入例

児童手当

額改定認定請求書

額改定届

西東京市長 宛

提出年月日

令和 **・**・**

※受付確認年月日

令和 ・ ・

受給者	（ふりがな） 氏名 （法人名等）	にしとうきょう いちろう 西東京 市郎		住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒188-8666 東京都西東京市南町5-6-13 電話 090（****）****	
	性別	男・女	生年月日	昭和 55・6・20 平成	加入している 公的年金制度 の種別	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	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者				
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						

卒業予定年月を迎える大学生年代の子について、
監護・生計費の負担をしない（減額の手続きをする）場合は、
こちらの書類を提出してください。

令和7年3月に卒業予定の子（H15.4.2～H18.4.1生）
について、令和7年4月1日以降の状況を記入してください。

増額又は減額の原因となる児童の兄弟等 （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 （別居の場合）	監護相当 の有無
にしとうきょう たろう 西東京 太郎	子	平成 17・5・16	同・別	令和 年 月	東京都三鷹市 □□町*-*-*	有・無

監護相当・生計費の負担が無くなる場合、「無」に○をつけてください。
「無」の場合、児童数のカウント対象から外れ、多子加算分が減額となります。

減額した理由	イ. その他（ ）
	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. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった ク. 児童の兄弟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（ ）

「キ」または「ク」に○をつけてください。

事由の発生した年月日	令和 7・4・1
------------	----------

監護・生計費の負担をしなくなる日を記入してください。

備考	改定・ 却下	令和 ・ ・	令和 ・ ・	3歳未満分 3歳以上分 計	円 円 円
----	-----------	--------	--------	---------------------	-------------

◎ 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（かいしよ）ではっきり書いてください。

（日本産業規格A列4番）