

【記入例】

		提出年月日		※受付額	
		令和		令和	

(ふりがな)		にほんたろう		住所 (法人の主たる事務所の所在地)		〒000-0000 毛呂山町中央1丁目1番地		電話	
氏名 (法人名等)									
性別		☒ 男・ ☐ 女		生年月日		昭和 平成 2・2・2		加入している公的年金制度の種類	
職業		☒ 被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者						☒ 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	
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									
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	※児童と同一で、該当の場合に○	
		平成	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持	・未成年後援 ・父母指定 ・同居父母	
		令和	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持	・未成年後援 ・父母指定 ・同居父母	
		平成	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持	・未成年後援 ・父母指定 ・同居父母	
		令和	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持	・未成年後援 ・父母指定 ・同居父母	
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)									
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		
		平成	同・別	令和 年 月		有・無	・同一・維持		
減額した理由									
ア.出生 イ.その他(児童の兄弟等の監護生計あり)									
減額した理由									
ア.死亡した イ.児童の兄弟等の生計費の負担をしなくなった ウ.児童が自立生活援助を受けたり、施設等に入院し、退院後も引き続き施設生活を続けるものになったり、または成年後見人でなくとも世話をされたことになったことによる。									
事由の日									
令和 8 年 4 月									
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									
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（かいしよ）ではっきり書いてください。