

該当するものに○をつけてください。

被用者：本人が健康保険組合などの社会保険被用者である方。
被用者でない者：国民健康保険に加入されている方またはパートや
専業主婦など被用者に扶養されている方、無職の方。

会津坂下町長 殿

受給者	(ふりがな) 氏名 (法人名等)	ばんげ たろう 坂下 太郎		住所 (法人の主たる事務 所の所在地)	〒 969 - 6592 会津坂下町字市中三番甲3662番地 電話 0242 (84) 1500
	性別	男・女	生年月日	昭和 64 . 1 . 1 平成	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	加入している 公的年金制度 の種別		

増 額 又 は 減 額 の 別 該当するものに○をつけてください 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	※児童との関係 で、該当する 場合に○印
坂下 花子	子	平成 1 . 1 . 1 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
有：請求者が児童の生活の面倒をみており、保護を行っている場合 無：上記以外。この場合、児童手当の支給対象となりません。								

同：児童と同居している方
別：児童と別居している方
※「別」に該当する方は「別居監護申立書」の提出が必要になります

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2
同一：請求者が父母等の場合で、その子と生計を同じくしている場合
維持：児童が請求者自身の子ではない場合で、請求者自身がその子の
生計を維持している場合

氏名	続柄	生 年 月 日	同居・ 別居の別	令和 年 月	有・無	有・無
		平成 . .	同・別			

増 額 し た 理 由 ア. 出生
イ. その他 (該当するものに○をつけてください

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 ()

事 由 の 発 生 し た 年 月 日 令和 出生日等を記入してください

備 考	記入不要	
--------	------	--

- ◎ 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。