様式第四号（表面）を次のように改める。

様式第四号（第二条関係）

（表　面）

※※　第　　号						
※　経由町村名		※　市区町村受付年月日　平成　年　月　日		④　児童の氏名		
				⑤　生年月日	平成　年　月　日生	平成　年　月　日生
				⑥　請求者との続柄		
※　町村提出　平成　年　月　日　第　号		※　町村再提出　平成　年　月　日　第　号		⑦　請求者との同居・別居の別	同居・別居	同居・別居
				⑧　監護等を始めた年月日	平成　年　月　日	平成　年　月　日
児童扶養手当額改定請求書				⑨　障害の状態の有無	ある・ない	ある・ない
				⑩　父又は母の状況	イロハニホヘトチリヌルヲワカヨ	イロハニホヘトチリヌルヲワカヨ
①　（ふりがな）氏名		②　証書番号　第　号		⑪　父の氏名・生年月日	（　年　月　日生）	（　年　月　日生）
				⑫　母の氏名・生年月日	（　年　月　日生）	（　年　月　日生）
③　住所			父の死亡したとき	⑬　死亡年月日	年　月　日	年　月　日
				⑭　死亡の原因	業務上・業務外	業務上・業務外
				⑮　死亡時又は死亡時直近の勤務先　名称		
				所在地		
関係書類を添えて、児童扶養手当の額の改定について請求します。			母の死亡したとき	⑯　死亡年月日	年　月　日	年　月　日
				⑰　死亡の原因	業務上・業務外	業務上・業務外
平成　年　月　日				⑱　死亡時又は死亡時直近の勤務先　名称		
氏名　㊞				所在地		
				⑲　父又は母の死亡したとき児童が受けることができる公的年金、遺族補償の受給状況	受けること　種類（　）ができる　基礎年金番号・年金コード　支給停止（　）受けることができない　年額（　円）	受けること　種類（　）ができる　基礎年金番号・年金コード　支給停止（　）受けることができない　年額（　円）
都道府県知事（福祉事務所長） 市町村長（福祉事務所長）　殿				⑳　児童が加算の対象となっている父又は母の公的年金の受給状況	受けること　種類（　）基礎年金番号ができる・年金コード　支給停止（　）受けることができない　年額（　円）	受けること　種類（　）基礎年金番号ができる・年金コード　支給停止（　）受けることができない　年額（　円）
			㉑あるとき父又は母が障害で	身体障害者手帳の番号及び障害等級		
				公的年金の種類・障害等級		
				父又は母の職業又は勤務先名		
※※　改定却下　平成　年　月　日		※※証書作成　平成　年　月　日　改訂　第　号		備考		

◎　裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。※、※※の欄は記入する必要がありません。
◎　字は楷書ではっきり書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

様式第四号（裏面）の注意1中「④、⑳及び㉑」を「⑲及び⑳」に改め、同2中「⑤から㉒まで」を「④から㉑まで」に改め、同3中「⑨」を「⑧」に改め、同4中「⑪」を「⑩」に改め、同5中「⑫から⑲まで」を「⑪から⑱まで」に改め、同6中「⑳及び㉑」を「⑲及び⑳」に改め、同7中「⑳」を「⑲」に改め、同8中「㉑」を「⑳」に改める。

様式第五号（表面）中「イロハニホヘトチリヌルヲ（　）ワ（　）カ（　）ヨ」を「イロハニホヘトチリヌルヲ」に改め、同様式（裏面）の注意1中「ヨまで」を「ヲまで」に改め、「なお、ヲ又はカを○で囲んだ場合は、その公的年金の種類を、ヲに掲げるところにより、(イ)から(ツ)までの文字でかつこ内に記入してください。また、ワを○で囲んだ場合は、その遺族補償の種類を、ワに掲げるところにより、(1)から(8)までの数字でかつこ内に記入してください。」を削り、同2から4までを削り、同5を同2とし、同3中「すべての」を「全ての」に、「ヨまで」を「ヲまで」に改める。