様式第四号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		
※　町村　平成　年　月　日 提出　第　号	※　町村　平成　年　月　日 再提出　第　号		

児童扶養手当額改定請求書

（ふりがな） ①　氏名		②　証書番号	第　号
③　住所			

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。

平成　年　月　日

氏名　　㊞

都道府県知事（福祉事務所長）
市町村長（福祉事務所長）　殿

※※ 改定却下　平成　年　月　日	※※証書作成　平成　年　月　日 改訂　第　号

④	児童の氏名			
⑤	個人番号			
⑥	生年月日		平成　年　月　日生	平成　年　月　日生
⑦	請求者との続柄			
⑧	請求者との同居・別居の別		同居・別居	同居・別居
⑨	監護等を始めた年月日		平成　年　月　日	平成　年　月　日
⑩	障害の状態の有無		ある・ない	ある・ない
⑪	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
⑫	父の氏名・生年月日		（　年　月　日生）	（　年　月　日生）
⑬	母の氏名・生年月日		（　年　月　日生）	（　年　月　日生）
父の死亡したとき	⑭	死亡年月日	年　月　日	年　月　日
	⑮	死亡の原因	業務上・業務外	業務上・業務外
	⑯	死亡時又は死亡時直近の勤務先　名称		
		死亡時又は死亡時直近の勤務先　所在地		
母の死亡したとき	⑰	死亡年月日	年　月　日	年　月　日
	⑱	死亡の原因	業務上・業務外	業務上・業務外
	⑲	死亡時又は死亡時直近の勤務先　名称		
		死亡時又は死亡時直近の勤務先　所在地		
⑳	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）
㉑	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（　） 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）
㉒ 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			
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。
◎　字は楷書ではつきり書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。