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　令和　年　月　日	
※　町　村　提　出　第　号		※　町　村　再　提　出　第　号	

児童扶養手当額改定請求書

①　（ふりがな） 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。

令和　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　令和　年　月　日		※※証書作成　令和　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 令和　年　月　日生	平成 令和　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 令和　年　月　日	平成 令和　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		
		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		
		所在地		
⑳　児童が父若しくは母の死亡により受けることができる公的年金・遺族補償の受給状況又は児童が加算の対象となつている父若しくは母の公的年金の受給状況			受けることができる　種類（　） 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）	受けることができる　種類（　） 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　請求者が障害基礎年金等を受けることができるとき	請求者が受けることができる公的年金（児童を有する者に係る加算に係る部分に限る。）の受給状況		受けることができる　種類（　） 基礎年金番号・年金コード 支給停止　（　） 年額（　円）	受けることができる　種類（　） 基礎年金番号・年金コード 支給停止　（　） 年額（　円）
㉒　父又は母が障害であるとき	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ください。※、※※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ください。記名押印に代えて署名することができます。