

# 児童扶養手当

受付確認印

## 額改定請求書（増額）

あて先)松戸市長

令和 年 月 日 下記のとおり請求します。

※太線の枠内のみ記入して下さい

証書番号		受給資格者氏名	
			印
住所	松戸市		
父又は母が死亡したとき児童が受けることができる公的年金の受給状況	<input type="checkbox"/> 受けることができる	種類	金額
	<input type="checkbox"/> 支給停止	( )	( )
	<input type="checkbox"/> 受けることができない		
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	<input type="checkbox"/> 受けることができる	種類	金額
	<input type="checkbox"/> 支給停止	( )	( )
	<input type="checkbox"/> 受けることができない		
父又は母が死亡したとき児童が受けることができる遺族補償の受給状況	<input type="checkbox"/> 受けることができる	種類	金額
	<input type="checkbox"/> 支給停止	( )	( )
	<input type="checkbox"/> 受けることができない		

※「受けることができる」とは、現に受けているとき、申請中であるときまたは申請すれば受けることが出来る状態

### 子育て支援課確認欄

添付書類	確認事項	
<input type="checkbox"/> 戸籍 <input type="checkbox"/> 未婚の母子調書 <input type="checkbox"/> 申立書 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 証書回収(全部停止を除く) <input type="checkbox"/> 住記打ち出し <input type="checkbox"/> 差止解除	
	審査日	年 月 日
	入力日	年 月 日
備考		

児童の氏名											
生年月日	H・R			年			月			日	
個人番号					続柄						
同居・別居	<input type="checkbox"/> 同居					<input type="checkbox"/> 別居					
監護養育日	平成 令和			年			月			日	
障害	<input type="checkbox"/> ある					<input type="checkbox"/> なし					
父又は母 の状況	<input type="checkbox"/> 離婚					<input type="checkbox"/> 死亡					
	<input type="checkbox"/> 障害					<input type="checkbox"/> 生死不明					
	<input type="checkbox"/> 遺棄					<input type="checkbox"/> 拘禁					
	<input type="checkbox"/> 未婚					<input type="checkbox"/> その他					
父氏名											
生年月日	S・H			年			月			日	
母氏名											
生年月日	S・H			年			月			日	

※ 父が死亡したとき

死亡年月日	H・R			年			月			日	
死亡原因	<input type="checkbox"/> 業務上					<input type="checkbox"/> 業務外					
死亡時又は 死亡時直近 の勤務先	名称										
	所在地										

※ 母が死亡したとき

死亡年月日	H・R			年			月			日	
死亡原因	<input type="checkbox"/> 業務上					<input type="checkbox"/> 業務外					
死亡時又は 死亡時直近 の勤務先	名称										
	所在地										

※ 父又は母が障害であるとき

手帳の番号・障害等級											
公的年金	種類・等級										
	記号番号					年額					
父又は母 の職業又は勤務先											