

様

# 記入例【届出書②】

額 改 定 届  
(宛先) 稲沢市長 様      ◎太枠内をご記入ください。      令和 8

記入例を参考に太枠で  
囲んだ部分のみ  
記入してください。

受 給 者	氏名	(ふりがな) いなざわ たろう <b>稲沢 太郎</b>		別	女
	住所	〒○○○-○○○ 稲沢市 ○○町△△番地			
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	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 イ. 国民年金 ウ. その他 ( )	生年月日	昭和 ×・×・× 平成 ×・×・×

増額又は減額の別	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	住所	監護の有無	生計関係	海外留学をしている場合の 出国年月
							※児童との関係 で、該当する 場合○ (要添付書類)

届出書②は、  
平成19年4月2日から平成20年4月1日生まれの児童  
がいる場合のみ提出してください。

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22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)							
氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	監護相当の有無	生計費負担の有無	海外留学をしている場合の 出国年月
稲沢 一郎	子	平成 19.11.30	同・別	同上	有・無	有・無	令和 年 月
		平成 . .	同・別		有・無	有・無	令和 年 月

増額し	ア. 出生 イ. その他 ( 多子加算申請のため )
平成19年4月2日から平成20年4月1日生まれの児童のみ記入してください。	
(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. 児童の兄姉等を監護相当の 世話をしなくなった	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 8 . 4 . 1
------------	--------------

備 考	※認定・改定・却下	※認定・改定・却下年月日	※認定・改定年月	※手当月額
		令和 . .	令和 . ( )15日特例	3歳未満分 3歳以上分 計 円 円

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 記名押印に代えて、署名することができます。
- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

交付者印