

※※ 第 号	※市 町 村 受 付 年 月 日	令和 . .
<h2 style="margin: 0;">児童扶養手当額改定届</h2>		
(ふりがな) ① 受給資格者氏名		② 証 書 番 号
③ 受給資格者住所	〒 熊本市 Tel (自宅) (携帯)	
④ 対象児童でなくなった児童の氏名・生年月日	⑤ 対象児童でなくなった理由	⑥ 理由の発生日
(平成 年 月 日) 令和	イ 母に監護されなくなった ロ 父に監護されなくなり、又は生計同一でなくなった ハ 養育者に養育されなくなった ニ 児童が死亡した ホ 国内に住所がなくなった ヘ 年齢到達した ト 父又は母と生計同一になった チ 母又は父が婚姻(事実婚含む)し、配偶者に養育されるようになった リ その他()	平成 ・ 令和 年 月 日
(平成 年 月 日) 令和	イ 母に監護されなくなった ロ 父に監護されなくなり、又は生計同一でなくなった ハ 養育者に養育されなくなった ニ 児童が死亡した ホ 国内に住所がなくなった ヘ 年齢到達した ト 父又は母と生計同一になった チ 母又は父が婚姻(事実婚含む)し、配偶者に養育されるようになった リ その他()	平成 ・ 令和 年 月 日
(平成 年 月 日) 令和	イ 母に監護されなくなった ロ 父に監護されなくなり、又は生計同一でなくなった ハ 養育者に養育されなくなった ニ 児童が死亡した ホ 国内に住所がなくなった ヘ 年齢到達した ト 父又は母と生計同一になった チ 母又は父が婚姻(事実婚含む)し、配偶者に養育されるようになった リ その他()	平成 ・ 令和 年 月 日
上記のとおり、児童扶養手当の額の改定について届け出ます。 令和 年 月 日 熊本市長 宛 氏名 _____		
私は、この届出をもって熊本市ひとり親家庭等医療費助成規則第15条第3号の規定による届出を行います。 ひとり親家庭等医療費助成受給資格者証番号（申請者）【 _____ 】 熊本市長 宛 氏名 _____		

◎ 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はありません。
 ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。

児童手当	子ども医療	管 轄 区
済・未	済・未	北・西・中央・東・南

処理経過			
入力	二次審査	一次審査	受付

(裏 面)

注意

- 1 ⑤の欄のりその他には、次の(イ)から(リ)までのいずれにも該当しなくなった場合等に記入してください。
 - (イ) 父母が婚姻を解消した児童
 - (ロ) 父又は母が死亡した児童
 - (ハ) 父又は母が政令別表2に定める程度の障がいの状態である児童
 - (ニ) 父又は母の生死が明らかでない児童
 - (ホ) 父又は母が引き続き1年以上遺棄している児童
 - (ヘ) 父又は母が法令により引き続き1年以上拘禁されている児童
 - (ト) 母が婚姻によらないで懐胎した児童
 - (チ) (ト)に該当するか明らかでない児童

- 2 児童扶養手当法(以下「法」という。)第9条の児童(父と母が、死亡したこと、生死不明であること、法令により引き続き1年以上拘禁されていること又は明らかでないことのいずれかに該当する児童をいう。以下同じ。)が対象児童でなくなり、他の対象児童の中に法第9条の児童がない場合には、併せて児童扶養手当支給停止関係届が必要となる場合がありますので、詳しくは区役所又は総合出張所の人によく聞いてください

- 3 すべての児童が対象児童でなくなった理由に該当するようになったときは、手当を受ける資格がなくなりますので、児童扶養手当資格喪失届を出してください。