

※※ 第	※市 町 村 号 受付年月日	令和	
児童扶養手当額改定届			
① 受給資格者氏名 (ふりがな)	くまもと はなこ 熊本 花子	② 証書番号	0123456
③ 受給資格者住所	〒 860 - 8601 熊本市 中央区手取本町1番1号 手取アパート101号室	TEL (自宅) (携帯)	096-328-1234 090-1234-5678
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	
熊本 一郎 (平成 20年 5月 5日)	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 ・ 4年 4月 1日 令和	
(平成 年 月 日)	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 ・ 年 月 日 令和	
(平成 年 月 日)	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 ・ 年 月 日 令和	
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 4 年 4 月 10 日			
熊本市長 宛		氏名 熊本 花子	
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) 【 123456789 】			
熊本市長 宛		氏名 熊本 花子	

◎ 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