

児童手当 認定請求書

認定番号	
------	--

加古川市長 様

請求者	フリガナ	-----			配偶者の有無	有・無	提出年月日	令和 年 月 日	
	氏名 (保護者)				生年月日	昭和 年 月 日	性別	男 ・ 女	
	請求者個人番号				平成 年 月 日				
	住所	加古川市			電話番号	— —			
	請求者の勤務先				加入している年金の種類	1 厚生年金 2 私立学校教職員共済 3 地方公務員等共済 4 国家公務員共済 5 その他共済年金 6 国民年金・未加入・その他			
	支払希望金融機関	普通	銀行・農協 信金・信組	本店 支店 出張所	フリガナ	-----			
前住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ			1月1日時点の住所 (1月～5月は前年 6月～12月は本年)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ				
配偶者	フリガナ	-----			配偶者生年月日	昭和 年 月 日			
	配偶者の氏名 (同意書)	児童手当の審査において、私の所得状況を確認することに同意します。			配偶者勤務先	1. 会社員 2. 公務員 勤務先 () 3. その他 4. 無職 ※公務員の場合は、勤務先をご記入ください。			
	配偶者個人番号				配偶者前住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ			
	配偶者住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ			1月1日時点の住所 (1月～5月は前年、 6月～12月は本年)	<input type="checkbox"/> 請求者の1月1日時点住所と同じ			
児童の兄弟等	氏名	続柄	生年月日	監護相当	生計費負担	同居別居	住所 (別居の場合のみ記入)		
			平成 年 月 日	有・無	有・無	同居別居			
			平成 年 月 日	有・無	有・無	同居別居			
			平成 年 月 日	有・無	有・無	同居別居			
			平成 年 月 日	有・無	有・無	同居別居			
児童	氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居別居	住所 (別居の場合のみ記入)		
			平成 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居			
			平成 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居			
			平成 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居			
			平成 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居			

※太線の枠内に記入してください。

不足書類案内欄	
<input type="checkbox"/>	健康保険証の写し※保護者の分
<input type="checkbox"/>	年金加入証明書 (別紙)
<input type="checkbox"/>	振込口座番号 (通帳等)
<input type="checkbox"/>	配偶者の所得状況の確認に係る同意書
<input type="checkbox"/>	別居監護申立書
<input type="checkbox"/>	1月1日時点での住所地 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者
<input type="checkbox"/>	その他 ()

支給開始年月	年 月	被・非・特
<input type="checkbox"/> 児童手当法第8条3項適用		
手 当 月 額	3歳未満	,000 円
	3歳～小学生	,000 円
	中学生	,000 円
	特例給付	,000 円
	計	,000 円

《お問い合わせ先》 〒675-8501
 加古川市加古川町北在家2000番地
 加古川市役所 家庭支援課 手当給付係 (本館1階31番窓口)
 TEL 079-427-9212 (直通)

