

児童手当・特例給付認定請求書、額改定認定書

★記入要領★

【かつしか出産応援給付金】  
令和5年4月1日以降出生の児童が対象となります。  
1歳の誕生日の前日までに転入した方も対象となります。

障害の有無について○をつけてください。  
障害がある場合は該当者に○をつけてください。  
他の手当が申請できる場合があります。

婚姻歴がない場合は、未婚に✓をしてください。

該当する申請種別に○をつけてください。  
第2子以降出生の場合は、額改定（増）に○をつけてください。

請求者は生計中心者の方となります（額改定の場合は第一子の手当が振り込まれている方）。請求者の住所、日中連絡がつく連絡先、氏名、生年月日、児童との続柄、配偶者の有無をご記入ください。

請求者及び配偶者の令和5年1月1日の住所地をご記入ください。

請求者のマイナンバーをご記入ください。  
額改定（増）の申請の場合、記入は不要です。

転入者の方のみご記入下さい。

配偶者が公務員の場合は、勤務先・連絡先をご記入ください。

請求者名義の口座をご記入ください。  
額改定の場合は第一子と同じ口座になるため記入不要です。配偶者や児童の口座にはお振込できません。

配偶者及び児童のマイナンバーをご記入ください。  
額改定（増）の申請の場合、配偶者のマイナンバーの記入は不要です。

経済的、精神的に児童の面倒をみている状態にあれば、有に○をつけてください。

父母と児童の生計が同じなら〔同〕、父母以外の方が児童を養育している場合は〔維〕に○を付けてください。

児童が請求者以外の健康保険に加入する場合、ご記入ください。

提出する方が署名をしてください。また、医療証を受け取った場合は、✓をしてください。

申請種別	児童手当	<input type="radio"/>	子ども医療	<input type="radio"/>	額改定（増）	<input type="radio"/>	出産応援給付金	<input type="radio"/>			
提出年月日	令和 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日						フリガナ	カツシカ タロウ	児童との続柄	父・母・	
請求者	住所	〒 <input type="radio"/> - <input type="radio"/> 葛飾区 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 丁目 <input type="radio"/> 番 <input type="radio"/> 号				氏名	葛飾 太郎		配偶者の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無（ <input type="radio"/> 未婚）	
	電話	090 (0000) 0000		自宅・職場・携帯（本人・配偶者）		生年月日	昭和 52 年 12 月 31 日生				
請求者の状況	請求者の令和5年1月1日の住所	東京 <input type="radio"/> 都	足立 <input type="radio"/> 区	市	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	障害の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		(父・母・子)	
	配偶者の令和5年1月1日の住所	東京 <input type="radio"/> 都	足立 <input type="radio"/> 区	市	転入前住所 (転入で申請の方のみ)	東京 <input type="radio"/> 都	足立 <input type="radio"/> 区	市	転出証明書 転出予定日	・	
	勤務先名称	〇〇〇〇〇〇株式会社							電話	03 ( × × × × ) 〇〇〇〇	
	加入年金	未加入・国民	<input type="radio"/> 厚生	<input type="radio"/> 共済 (公務員)	（配偶者が公務員の場合） （配偶者の勤務先）						
	請求者の健康保険証	記号	〇〇	番号	△△△	資格取得年月日	平成 5 年 2 月 23 日	公金受取口座を指定する場合は□に✓をしてください（口座情報は記入不要）。			
	振込先口座 (額改定は記入不要)	×〇△ <input type="radio"/> 銀行・信用組合 <input type="radio"/> 信用金庫・農協							立石支店	口座番号	0 0 0 0 1 2 3 4
通帳・カード	預金種別	<input type="radio"/> 普通	<input type="radio"/> 当座	銀行コード	890	支店コード	123	口座名義人(カタカナで記入) カツシカ タロウ			
家族の状況	配偶者	氏名	生年月日	年齢	続柄	同・別居	同・別居	監護の有・無	生計	留学の場合の の出国年月	個人番号
	フリガナ	カツシカ ハナコ			妻	<input type="radio"/> 同	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 同		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	葛飾 花子	昭和 60 年 3 月 10 日		夫	<input type="radio"/> 別	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 同			
	フリガナ	カツシカ サクラ			子	<input type="radio"/> 別	<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 同		
児童	フリガナ	葛飾 さくら	令和 5 年 4 月 1 8 日	0	子	<input type="radio"/> 同	<input type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 同			申請事由 事務処理欄 出生・転入・保険加入 生保廃止・施設退所・その他
フリガナ											
フリガナ											
別居(児童・夫・妻)の住所											
児童の保険証が請求者と異なるとき	全員・一部の児童										
提出者署名(請求者及び代理人)	葛飾 花子							医療証受領	<input checked="" type="checkbox"/>	健康保険組合 共済組合	

◆添付書類◆申請を窓口でする場合はコピーではなく原本をご提示ください。  
①請求者の健康保険証のコピー（国家公務員共済組合員証（日本郵政共済組合員証を含む）または地方公務員等共済組合員証をお持ちの方のみ）  
②児童の健康保険証のコピー（加入手続き中の場合は児童が加入する予定のもの）  
③預金通帳またはキャッシュカードのコピー 請求者名義のもの（公金受取口座を指定する場合は不要）

※児童と別居している場合は別居監護申立書が必要となります。  
※マイナンバーによる情報連携の本格実施に伴い、児童手当申請のための所得証明書（課税・非課税証明書）、児童と区外別居されている場合の児童の住民票、添付書類①に記載した健康保険証以外の請求者の健康保険証のコピーの提出は省略可能となりました。