

該当する申請種別に○をつけてください。
第二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6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)の申請の場合は記入不要です。

転入で申請する方のみご記入下さい。

児童手当の振込先に「公金受取口座」を指定する場合は✓をしてください(口座情報は記入不要)。

請求者名義の口座をご記入ください。
額改定(増)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。

かつしか出産応援給付金を申請する方は、請求者名義の口座をご記入ください。
児童手当と同じ振込先の場合も記入が必要です。

児童手当・特例給付認定請求書、額改定

★記入要領★

受給中に各健康保険から高額、家族療養費等が支給された場合は

【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児童も対象となります。

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。

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		
請求者	住所	葛飾区立石 〇丁目 〇番 〇-101号 〇〇マンション					氏名	葛飾 太郎		<input type="radio"/> 父・母・ <input type="radio"/> 配偶者の有無	
	電話	090(0000)0000			自宅・職場・携帯(本人・配偶者)	生年月日	昭和 55年 12月 31日		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (□未婚)		
請求者	請求者の令和6年1月1日の住所	東京都	足立区	個人番号	012345678901		障害の有無	<input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (父・母・子)			
	配偶者の令和6年1月1日の住所	東京都	足立区	転入前住所	東京都 足立区		転出証明書の転出予定日	R6.〇.〇			
請求者	勤務先名称	〇〇〇〇株式会社							配偶者が公務員の場合は、配偶者の勤務先・連絡先をご記入ください。		
	加入年金	未加入・国民	<input checked="" type="radio"/> 厚生・共済(公務員)		(配偶者が公務員の場合) 配偶者の勤務先:						
状況	児童手当	<input type="checkbox"/> 公金受取口座		〇〇〇		銀行 信用組合	葛飾支店		口座番号	11111111	
	振込口座(額改定は記入不要)	<input checked="" type="checkbox"/> 指定の口座		預金種別	普通	当座	銀行コード	0000	支店番号	123	
状況	かつしか出産応援給付金	<input type="checkbox"/> 振込口座		〇〇〇		銀行 信用組合	葛飾支店		口座番号	11111111	
	振込口座	<input type="checkbox"/> 指定の口座		預金種別	普通	当座	銀行コード	0000	支店番号	123	
配偶者	フリガナ	カツシカ ハナコ		生年月日	S60年10月10日		年齢	〇		続柄	妻
	氏名	葛飾 花子		年齢	〇		続柄	同		同	同
	フリガナ	カツシカ サクラ		生年月日	R6年4月1日		年齢	〇		続柄	子
フリガナ	葛飾 さくら		生年月日	R6年4月1日		年齢	〇		続柄	子	

- ◆添付書類◆ 申請を窓口と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)

児童手当・・・①③の提出が必要です。ただし、額改定(増)の場合、添付書類は不要です。
※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。
子ども医療証・・・②の提出が必要です。
かつしか出産応援給付金・・・③の提出が必要です。

児童の健康保険証の内容をご記入ください。

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。

対象児童の健康保険証	被保険者氏名	葛飾 太郎		保険者番号・保険者名称	全国健康保険協会 支部					
記号	〇〇	番号	△△△△	資格取得年月日	R6.4.1	12341234		国保・国組健康保険組合 共済組合		
別居(児童・夫・妻)の住所								提出者署名(請求者及び代理人)	葛飾 太郎	<input type="checkbox"/> 医療証受領

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。

児童の欄は、18歳までの児童をご記入ください。

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。