

申請書の緑色の項目のみご記入ください。

児童手当 認定請求書

記入例

提出年月日 令和 6・9・10	※受付確認年月日 令和 . . .
	※支給開始年月 令和 年 月 日 (令和 年 月 日分)

生計 中心 者者	① (ふりがな) 氏名 (法人名等) 出雲崎 太郎	② 性別 男・女	③ 生年月日 昭和・平成 55・6・7	④ 職業 ア 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤ 配偶者 有・無	提出される日をご記入ください。		
	⑥ 住所 (法人の主たる事務所の所在地) 〒949-4342 出雲崎町大字 米田395番地 電話 0285(86)5580	⑦ 個人番号 (マイナンバー) 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	⑧ 請求者の加入している公的年金制度の種別 ア 厚生年金保険 ※以下の共済組合の () 私立学校教職 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済	原則、父母のいずれかで、恒常的に所得の高い方が請求者となります。所得に差がない場合は以下のことも考慮されます。 ◆どちらの健康保険の扶養に入っているか。 ◆どちらの税法上の扶養親族とされているか。				
	⑩ (ふりがな) 氏名 出雲崎 花子	⑪ 生年月日 昭和・平成 57・8・9	⑫ 職業 ア 被用者 イ. 公務員 (勤務先:) ウ. 被用者等でない者	⑬ 請求者の控除対象配偶者または同一生計配偶者の場合に○印 控除対象配偶者 同一生計配偶者	⑭ 個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	配偶者の個人番号 (マイナンバー) をご記入ください。		
⑯ 児童の兄姉等 (18歳に達する日以後最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後最初の3月31日までの間にある者)	⑰ 児童 (18歳に達する日以後最初の3月31日までの者)		[注意] ⑱「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。 (⑱児童の兄姉等と⑲児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)					
⑱ 児童の兄姉等 (18歳に達する日以後最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後最初の3月31日までの間にある者)		⑲ 児童 (18歳に達する日以後最初の3月31日までの者)		※算定対象の場合に○印				
⑳ 支払希望金融機関 (請求者名義のもの)		⑳ 児童 (18歳に達する日以後最初の3月31日までの者)		※児童との関係該当する場合に○印 ※第3子以降の場合に○印 ※3歳未満の場合に○印 ※左記以外の場合に○印 ※手当月額 ※合計月額				

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書 (かいしょ) ではっきり書いてください。