児　童　手　当　（　認定　・　額改定　）　　請求書

新宿区長宛て

個人番号			受付印
請求者			
配偶者			

請求者

フリガナ		生年月日	年　月　日		
氏名		児童との続柄		配偶者の有無	有　無
住所	新宿区 電話　（　　）				
加入している年金	ア　厚生年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に〇を記入して下さい （　）私立学校教職員共済 （　）国家・地方公務員共済 （　）日本郵政共済 イ　国民年金 ウ　未加入 エ　その他（　　）	加入している健康保険	1　国民健康保険　4　共済組合 2　健康保険組合　5　国保組合 3　全国健康保険協会　6　その他（　　）		
		勤務先名称			

振込先

（店番号:　　）

銀行 / 信用金庫 / 信用組合　　支店 / 出張所

預金種別	普　通	口座番号（右詰め）	
口座名義 ※カナで記入			

※　口座名義は請求者本人のもので、金融機関で登録しているとおり、はっきりと書いてください。

請求者の昨年1月1日の住所	1 区内　2 区外　3 国外 (2 市区町村名:　　) (3 国名　　)	請求者の本年1月1日の住所	1 区内　2 区外　3 国外 (2 市区町村名:　　) (3 国名　　)
配偶者の昨年1月1日の住所	1 区内　2 区外　3 国外 (2 市区町村名:　　) (3 国名　　)	配偶者の本年1月1日の住所	1 区内　2 区外　3 国外 (2 市区町村名:　　) (3 国名　　)

配偶者

フリガナ		生年月日	同居別居	配偶者の職業
氏名		年　月　日	同居 国内別居 国外別居	ア　被用者(会社員等) イ　公務員(勤務先:　　) ウ　自営業・無職等

児童の兄姉等（18歳に達する日以後の最初の3月31日から22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）

氏名	続柄	生年月日	同居・別居	監護相当の有無	生計費負担の有無	留学　出国年月	算定対象の場合に〇印
			同居・別居	有・無	有・無	年　月	
			同居・別居	有・無	有・無	年　月	

【注意】
「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。
（児童の兄姉等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。）

児童（18歳の年度末までの児童）

フリガナ / 氏名	続柄	生年月日	同居別居	監護の有無	生計関係	留学出国年月	住所（別居の場合）	支給該当年月	児童との関係
		年　月　日	同居 別居	有 無	同一 維持	年　月		年　月	同居父母 父母指定者 未成年後見人
		年　月　日	同居 別居	有 無	同一 維持	年　月		年　月	同居父母 父母指定者 未成年後見人
		年　月　日	同居 別居	有 無	同一 維持	年　月		年　月	同居父母 父母指定者 未成年後見人
		年　月　日	同居 別居	有 無	同一 維持	年　月		年　月	同居父母 父母指定者 未成年後見人

児童手当の受給資格の認定を請求します。請求した事項に変更が生じた時は、速やかに届出を行います。

年　月　日　　請求者氏名

区分	被用者　・　公務員　・　非被用者
決定年月日	年　月　日
他の手当等	生保　・　ひとり親手当案内
却下	児童手当
認定番号	

備考欄