

児童手当・特例給付

(認定・額改定)

請求書

受付印

新宿区長宛て

個人番号																				
請求者配偶者																				

請求者	フリガナ			生年月日	年 月 日		児童との続柄																
	氏名			性別	男	女	配偶者の有無	有	無	銀行 信用金庫 信用組合 (店番号: ) 支店出張所													
	住所	新宿区										預金種別	普通	口座番号 (右つめ)									
	加入している年金	ア 厚生年金	エ 国民年金	加入している健康保険	1 国民健康保険	4 共済組合																	
		イ 私立学校教職員共済	オ 未加入		2 健康保険組合	5 国保組合																	
	ウ 国家・地方公務員共済	カ その他		3 全国健康保険協会	6 その他																		
勤務先名称											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: )	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: )	※口座名義は、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。								
配偶者	フリガナ	性別	生 年 月 日	同居別居	配偶者の職業																		
	氏名	男 女	年 月 日	同居 別居	ア 被用者(会社員等) イ 公務員 ウ 自営業・無職等	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: )	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: )														
家族欄 (十八歳の年度末までの児童)	フリガナ	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													
	氏名		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													
			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。なお、この制度の審査・認定に当たり、区が保有する住民基本台帳及び課税台帳等の公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む)により確認することに同意します。また、請求した事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行います。									区分	被用者・公務員・非被用者													
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">                 ※乳幼児・子ども医療証の交付を併せて申請する方は、2枚目にも署名が必要となります。             </div> 年 月 日 請求者氏名									決定年月日	年 月 日													
備考欄	他の手当等								乳(生保)・児扶・育成・親(超)														
	却下								児童手当 特例給付	認定番号													