

児童手当・特例給付 認定請求書

(宛先) 浦安市長

以下のとおり、請求します。

※太枠内をご記入ください

提出年月日	令和 年 月 日	申請理由	出生・転入・その他()
	請求者(生計中心者)	配偶者	有・無(未婚・未婚以外) <small>※有の場合は、氏名等を下欄に記入</small>
フリガナ			
氏名			
個人番号			
生年月日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日	
電話番号			
住所	〒 浦安市	<input type="checkbox"/> 左に同じ	
本年1月1日現在の住所地 <small>(市区町村名までの記入で可)</small>	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 左に同じ	
前年1月1日現在の住所地 <small>(市区町村名までの記入で可)</small>	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 左に同じ	
職業	ア. 被用者(会社員等) ウ. 被用者ではない イ. 公務員(勤務先: Tel)	ア. 被用者(会社員等) ウ. 被用者ではない イ. 公務員(勤務先: Tel)	
加入している公的年金制度の種別	ア. 厚生年金保険 右の共済組合の組合員である場合、()内に○を記入してください。 { () 私立学校教職員共済 イ. 国民年金(自営業者・無職・会社員の配偶者など) () 国家公務員共済 ウ. その他() () 地方公務員等共済		
支払金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (該当の場合、□に✓。利用する者は口座情報の記入不要)		
	銀行 信用金庫	支店 出張所	名義人 (カタカナ)
	普通・貯蓄・当座	店番	口座番号

以下、算定対象児童(15歳に達する日以後の最初の4月1日以降18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるお子様)

フリガナ 氏名	続柄	生年月日	居住 関係	住所	監護(養育) 関係	生計 関係	備考
高 校 生 の お 子 様		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 請求者に同じ	有・無	同一・維持	
		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 請求者に同じ	有・無	同一・維持	

以下、支給対象児童(15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるお子様)

中 学 生 以 下 の お 子 様	子	H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 請求者に同じ	有・無	同一・維持	
		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 請求者に同じ	有・無	同一・維持	
		H・R 年 月 日	同居・別居	<input type="checkbox"/> 請求者に同じ	有・無	同一・維持	

受給資格の確認に係る同意

受給資格の有無及び審査をするために必要な個人番号並びに所得状況について公簿で確認することに同意します。

請求者氏名

配偶者氏名

前市・前受給者消滅日	支給開始月	児童数	手当月額	区分	受付確認年月日	児扶案内 済・不要 認定番号
年 月 日				児童手当 特例給付	年 月 日	
事務処理用備考欄				人力	読み合わせ	