

受付年月日

## 児童手当認定請求書

請求者	フリガナ 氏名				生年月日 個人番号	年 月 日												
	住所	昭島市			電話	— —												
		1月1日時点の住所(1月～5月分は前年 6月～12月分は本年)			(昼間連絡先	— — )												
		(別居の場合の子の住所)			年 月 日		市より転入											
	職業	ア 公務員でない イ 公務員		加入年金	ア. 厚生年金保険 ( )私立学校教職員共済 ( )国家公務員共済 ( )地方公務員等共済 イ. 国民年金 ウ. その他( )													
	配偶者の有無	有 ・ 無	(フリガナ) 配偶者の氏名		児童手当の支給要件の該当性を審査するため、市町村が必要な税情報の公簿等の確認を行うことに同意します。													
			個人番号												配偶者の職業		ア 公務員でない イ 公務員 (勤務先: )	
			1月1日時点の住所															
			別居の場合の住所															
	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												
支払希望 金融機関	銀行・農協 信金・信組			本店 支店	口座番号				口座名義人(カタカナ)									
	金融機関コード			支店コード														
児童の兄姉等	氏名(18歳年度末～ 22歳年度末の児童)		続柄	生年月日		同居別居	監護相当 有無	生計費 負担の有無	【注意】 「監護相当有無」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)						※算定対象の 場合に○印			
				年 月 日		同居・別居 海外留学 (年 月～)	有 ・ 無	有 ・ 無										
				年 月 日		同居・別居 海外留学 (年 月～)	有 ・ 無	有 ・ 無										
児童	氏名		続柄	生年月日		同居別居	監護 有無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する場 合に○印	※第3子以降の 場合に○印 (月額30,000円)	※3歳未満の 場合に○印 (月額15,000円)	※左記以外の 場合に○印 (月額10,000円)	※手当 月額					
				年 月 日		同居・別居 海外留学 (年 月～)	有 ・ 無	同一 ・ 維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母									
				年 月 日		同居・別居 海外留学 (年 月～)	有 ・ 無	同一 ・ 維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母									
				年 月 日		同居・別居 海外留学 (年 月～)	有 ・ 無	同一 ・ 維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母									
				年 月 日		同居・別居 海外留学 (年 月～)	有 ・ 無	同一 ・ 維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母									
				年 月 日		同居・別居 海外留学 (年 月～)	有 ・ 無	同一 ・ 維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母									
※合計月額																		
請求者 加入保 険	保険の種類	1 協会 2 組合 3 共済 4 昭島市の国保 5 国保組合 6 その他( )							請求者との続柄		本人 • 本人外							
	被保険者氏名					資格取得年月日 (請求者本人)		年 月 日から										
	保険者番号					保険者名称												
児童手当の受給資格の認定を申請します。 この申請に関し必要な情報(特定個人情報を除く。)を公簿等により確認することに同意します。																		
(あて先) 昭島市長 年 月 日 氏名																		
年分所得額の合計(請求者)				円				備考 電算 / 通知 /										
年分所得額の合計(配偶者)				円				被用者 非被用者										
								認定 • 却下		年 月 日	支給開始年月	年 月						
								住民登録の確認		月	日							

\* 太枠の中(※印部分以外)を楷書(かいしょ)で記入してください。