児童手当認定(額改定)請求書

CHILD ALLOWANCE APPLICATION

【記載例】

年月日・受付者	15日以内	認定番号
	有・無	

請求者・配偶者等の個人番号をご記入ください。
郵送申請の場合は、本人確認書類のコピーを別紙1に貼付したものを必ず同封してください。
同封のない場合は、個人番号を利用した情報連携ができないため、別途提出いただく必要があります。
※第2子以降の申請をする場合は、この欄は記入不要です。

請求者は生計中心者(父母のうち所得の高い方)の氏名を記載してください。

	フリガナ ① 氏名 Name	② 続柄	③ 生年月日 Birthday	④ 国籍	⑤ 同別居	⑥ 職業 Occupation	⑦ 個人番号 My number 第2子以降追加の場合は記載不要
請求者(生計中心者)	エドガワ タロウ Applicant 江戸川 太郎	本人	(S)・H	(日)・外		(有) Working ・ 無 None 公務員共済 加入 (未加入) (公務員のみ勤務先) 公務員勤務先TEL	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
配偶者等	エドガワ ハナコ Spouse 江戸川 花子	妻・夫	S・(H)	(日)・外	同 living together・別	有 Working ・ (無) None 公務員共済 加入 未加入 (公務員のみ勤務先) 公務員勤務先TEL	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
⑨ 別居先住所							
配偶者なしの場合その事由	(離婚・死亡・未婚・その他)						
児童 0歳から18歳到達後最初の3月31日まで	エドガワ イチロウ Child 江戸川 一郎	子	(H)・R 31.1.1	(日)・外	(同) living together・別		
⑨別居先住所							
	エドガワ ジロウ Child 江戸川 二郎		H・(R) 3.1.1	(日)・外	(同) living together・別		
⑨別居先住所							
	Child		. .	日・外	同 living together・別		
⑨別居先住所							
	Child		. .	日・外	同・別		
⑨別居先住所							

⑧ 課税地(1月1日時点の住所)Address on JAN. 1st	今年の1月1日 THIS year	昨年の1月1日 LAST year
請求者	東京 (都)道府県 江戸川 (区)市町村 海外⇒(国名:)	都道府県 区市町村 海外⇒(国名: アメリカ)
配偶者	東京 (都)道府県 江戸川 (区)市町村 海外⇒(国名:)	千葉 都道府(県) 市川 区(市)町村 海外⇒(国名:)

請求者と別居している場合は、この欄に住所を記載してください。

配偶者なしの場合は、当てはまる箇所に〇をつけてください。

職業「有」に〇をした方は、「公務員共済の加入・未加入」に〇をつけてください。

公務員の方は、公務員勤務先と勤務先の電話番号を必ず記載してください。
加入に〇があり、以下が余白の場合電話確認をする場合があります。

開始 / 中未 / 中学 / 所得 有・無/扶養 人 / 備考 / その他

来庁 □ 本人 ⇒ □ 委任 (配偶者 含む) □ その他 ( ) パスポート

住民日 . / 所

【課税地の確認のために必要です】
・**今年および昨年の1月1日に住民票のあった自治体**を区市町村名まで記載してください。
日本に住民登録がなかった場合は国名を記載してください。
(注)住民登録地と異なる自治体で課税されている場合は、その区市町村名を記載してください。

【日本に住民登録がない期間が以下に該当する方】
＜支給開始月(※1):6月～12月＞の方で、**今年の1月1日に日本に住民登録がない場合**
⇒今年の1月1日に日本に住民登録がないことを証明するための書類 ①または②
＜支給開始月(※1):1月～5月＞の方で、**昨年の1月1日に日本に住民登録がない場合**
⇒昨年の1月1日に日本に住民登録がないことを証明するための書類 ①または②
①日本国籍の方⇒**戸籍の附票 原本**
(出国日と入国日の記載があるもの)
②外国籍の方⇒**パスポートのコピー**
(顔写真のページと、その年の1月1日に日本にいなかったことを証明できるページ)

(※1)支給開始月について
児童手当は申請の翌月が支給開始月になります。ただし、15日特例(※2)に該当する場合は、要件の発生した月の翌月(＝申請した月)が支給開始月です
(※2)15日特例⇒月の後半に要件(出生・転入)が発生した場合に、**要件の発生した日(出生は出生日、転入は 前住所地の転出予定日)の翌日から15日以内**の申請ならば、要件の発生した月の翌月を支給開始月とする特例

保険証の保険者名が
・**国家公務員共済**
・**地方公務員共済**
・**私立学校教職員共済**
の方は、該当する共済にチェックをつけてください。

国家・地方公務員共済の場合は、
請求者の**健康保険証のコピー**を添付してください。
※記号・番号・保険者番号を黒塗り等で被覆してください。

⑩ 年金	1国民年金 National pension	(2)厚生年金 Employee pension □ 国家公務員共済 □ 地方公務員共済 □ 私立学校教職員共済	※左記の共済組合員の方は該当箇所にチェックを入れてください。
	3未加入 uninsured		

国家公務員共済・地方公務員共済の保険証の**コピー**が必要です。例)国立大学法人
※記号・番号・保険者番号を黒塗り等で被覆してください。

⑪ 振込先	金融機関名 ※第2子以降追加の場合は記載不要	口座名義(カタカナ) 請求者名義 ※配偶者・児童名義の口座は指定できません	銀行番号 Bank code
	Bank (銀行)・信金・信組・農協 Branch (支店)・出張所	Applicant's name エドガワ タロウ	

□ 公金受取口座を利用する方は左記の口にチェックをしてください。(チェックをされた方は口座の記入は必要ありません。)

請求者名義の公金口座になります。**配偶者・児童名義は指定できません。**
※上のお子様と同じ口座になります。,第2子以降の申 請をする場合はチェックは不要です。

請求者名義の口座を記載してください。**配偶者・児童名義は指定できません。**
※上のお子様と同じ口座になります。,第2子以降の申 請をする場合は、記載不要です。

⑫ 署名
・児童手当の受給資格を審査するため、江戸川区が必要と認める税及び住民情報等の情報確認……

請求者 住所 江戸川区中央1-1-1

Applicant's name 請求者 氏名 江戸川 太郎

Spouse's name 配偶者 氏名 江戸川 花子

平日の日中に連絡の取れる電話番号を記載してください。

⑬ 連絡先 Phone number

請求者 Applicant 080—1234—5678

配偶者 Spouse 080—9876—5432

令和 年 月 日	認定・却下	
審査	入力	確認

前住地	区市町村 月 日	TEL確認済 連絡票あり
消滅日	受給者 申請者 配偶者 その他( )	児童 人 算定 人 支給 人

太枠の中をご記入ください

2023.02版