

# 児童手当認定(額改定)請求書

CHILD ALLOWANCE APPLICATION FORM

[ 新規 ・ 額改定 : 第 子追加 ]

受付年月日・受付者	15日以内	認定 番号
	有・無	

記入日 年 月 日 以下のとおり、生計中心者として下記児童を養育しているため、児童手当の受給資格の認定(額改定)を請求します。児童手当は下記の請求者の口座に振り込んでください。

フリガナ		② 続柄	③ 生年月日 Birthday	④ 国籍	⑤ 同居居	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				⑧ 課税地 (1月1日時点の住所) Address on JAN. 1st					
① 氏名 Name											今年1月1日 THIS year		昨年1月1日 LAST year			
(生計中心者)	請求者 Applicant	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							都道府県	区市町村	都道府県	区市町村
	配偶者等 Spouse	妻・夫	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							都道府県	区市町村	都道府県	区市町村
⑨ 別居先住所													海外⇒(国名: )		海外⇒(国名: )	

配偶者なしの場合その事由 (離婚・死亡・未婚・その他)		開始月	3未	中未	中学	所得	備考	その他
児童 0歳から18歳到達後最初の3月31日まで	Child	H R	日・外	同居 living together / 別居 separation	同一・維持	<請求者>配控有・無/扶養人 住民日		来庁 ⇒ 1点 2点 番号確認 関係 事由
	Child	H R	日・外	同居 living together / 別居 separation	同一・維持	所得 控除 差引		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人(配偶者含む) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 医療証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・各種手当証書 <input type="checkbox"/> 写真なし身分証 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	Child	H R	日・外	同居 living together / 別居 separation	同一・維持	<配偶者> 扶養人 住民日		<本人> <input type="checkbox"/> 記載あり <input type="checkbox"/> 記載なし ⇒ <input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <配偶者> <input type="checkbox"/> 記載あり <input type="checkbox"/> 記載なし ⇒ <input type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票
	Child	H R	日・外	同居 living together / 別居 separation	同一・維持	所得 控除 差引		父母指定者 未成年後見人 同居父母 養育者 住所要件 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 公務員退職 <input type="checkbox"/> 監護・生計有 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 同居父母 <input type="checkbox"/> その他

⑩ 年金	1 国民年金 National pension 3未加入 uninsured	2 厚生年金 Employee pension <input type="checkbox"/> 国家公務員共済 ※左記の共済組合員の方は該当箇所 <input type="checkbox"/> 地方公務員共済 にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済	国家公務員共済・地方公務員共済の組合員の方は、請求者の保険証のコピーが必要です。例) 国立大学法人の職員・日本郵政共済組合の組合員 ※記号・番号・保険者番号を黒塗り等で被覆してください。	預金口座 養育事実の同意書 保険証 戸籍の附票 (本人・配偶者等) パスポートコピー(本人・配偶者等) 受給資格に係る申立書 生計中心の申立書 税同意書 措置決定(解除)通知 民調 申立書 ( ) 本人確認書類 (身元・個人番号) 情報照会 (本人・配偶者・年金) その他 ( )
------	---	---	--	--

金融機関名		口座名義(カタカナ) 請求者名義		銀行番号 Bank code	店番号 Branch code	口座番号 Account number
※第2子以降追加の場合は記載不要		※配偶者・児童名義の口座は指定できません				
Bank	銀行 信金 Branch 支店	Applicant's name				
	信組 農協 出張所					
<input type="checkbox"/> 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)。						

・児童手当の支給要件を審査するため、江戸川区が必要と認める税及び年金情報等の公簿等の確認を行うことに同意します。  
 ・公簿確認を行う際、マイナンバー(個人番号)を利用した情報照会を行うことに同意します。なお、公簿等で確認できない場合は、区が必要と認める関係書類の提出を速やかに行います。  
 ・審査に必要な関係書類等の提出を正当な理由なく期限までに提出できない場合、この申請は却下となることに同意します。

⑫ 署名	江戸川区長 殿	令和 年 月 日 認定・却下
	Address 請求者住所 江戸川区	審査 入力 確認
	Applicant's name 請求者氏名 Spouse's name 配偶者氏名	⑬ 連絡先 Phone number 請求者 Applicant 配偶者 Spouse
	前住地 消滅日	区 市 町 村 月 日 TEL 確認済 連絡票あり 受給者 申請者 配偶者 児童 算定 人 支給 人 その他 ( )

太枠の中を「ご記入ください」