

児童手当認定請求書兼額改定認定請求書

(あて先) 東京都台東区長 殿

児童手当の支給要件の該当性を審査するために必要となる、請求者・配偶者等に関する税情報等を公簿等により確認を行うことに同意します。

申請日	年 月 日	(太枠の中を記入してください。該当事項を○で囲んでください。)												
請求者	フリガナ 氏名	(ご夫婦等の場合、所得の多い方をご記入ください)			生年月日 年 月 日	児童との続柄 ア 父 オ その他 イ 母 ウ 祖父 エ 祖母	加入年金 ア 厚生年金 (□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()	個人番号			在留資格 在留期間 永住/その他 () / / まで			
	住所	台東区			本年1月1日住所			前年1月1日住所						
	職業	ア 被用者 イ 公務員() ウ 自営業 エ 無職			同左・			同左・						
	振込先口座	金融機関名		支店名	店番号	種別	口座番号			口座名義(カタカナ)				
		銀行	信用金庫 信用組合	支店 出張所		普通								
配偶者等 ※事実婚含む	有・無	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日			本年1月1日住所		前年1月1日住所		個人番号				
		住所	同上・			同上・ 同左・		同上・ 同左・						
児童の 兄弟等	フリガナ 氏名	生年月日 (年齢)	続柄 (出生順)	同居 別居	生計費負担 の有無	監護相当 の有無	【注意】 「生計費負担の有無」及び「監護相当の有無」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。(児童の兄弟等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)			算定 対象	確認書 提出	処理欄(受給資格審査)		
	※18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者							対象	有・無	確認		台帳・税照・権無・その他()		
								対象外	有・無	総所得額		円		
								対象	有・無	譲渡所得		有・無 扶養人数 配+ 人		
								対象外	有・無	控除後所得		円		
児童	フリガナ 氏名	生年月日 (年齢)	続柄 (出生順)	同居 別居	生計関係	監護の有無	住所 (別居の場合)	以3 降子	未3 満歳	以左 外記	在留資格 在留期間	本人	老扶 人 普障 人 特障 人	
											(/ /)	給・普・特・老・ひとり親・学		
											(/ /)	控除額計	円	
											(/ /)	認定番号		
											(/ /)	業務宛名番号		
加入健康保険												1 社保 2 共済 3 国保 4 国保組合(都内・都外) 5 その他()	必要 書類 等	請求者の保険資格情報等
開始年月 年 月 開特												子どもの保険資格情報等		
月額 円 配偶者所得 済												口座振替依頼書		
却下理由 公務員・書類不備・()が()で受給中												別居監護申立書		
事由 出生・転入・保護変・新規・拡大 年 月 日												ハスポ-トまたは戸籍の附票		
備考 来庁者(父・母・) 税照会(未・済) 【第 子】												監護相当・生計費負担の確認書		
他制度受付 子・にぎ(済・後日)・F転入												医療証(父・母・その他)		
他制度案内 F・E・親・T・S												その他		
転出日 月 日												受付 公簿確認		
区市 様確認済												/		
月分まで												審査 認定		
												/ /		
												受付		
												新規・増		