

(宛先)板橋区長

児童手当

認定
額改 請求書

1

番号

記入例

以下のとおり、請求・申請します。

請求者・配偶者は受給資格の有無・所得状況・年金情報及びその他必要な情報について、児童手当の受給資格を喪失するまでの間、

公簿等で確認(電子計算機の利用を含む)することに同意します。

日中連絡のつく連絡先をご記入ください

記入年月日	令和 ○ 年 5 月 2 日	
請求者 (保護者)	氏名	(フリガナ) イタバシ イタオ 板橋 板男
	生年月日	昭和 ○○年 6 日 平成 ○○年 6 日
住所	板橋区 板橋2-66-1	1月1日時点の 住民登録地 ※申請日が1月~4月は昨年、 5月~12月は今年の1月1日 時点の住民登録地を記入。
	加入年金	01 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 02 国民年金 03 未加入 ※01のうち、以下の共済組合の組合員である場合は☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済 <input checked="" type="checkbox"/> 国家公務員等共済 <input type="checkbox"/> 地方公務員等共済
加入年金が国家・地方公務員等共済の方は勤務先を記入		勤務先: ○○○○大学 連絡先: 03-0123-4567
配偶者	氏名	(フリガナ) イタバシ ハシコ 板橋 橋子
	配偶者職業(公務員は勤務先等を記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 公務員 → 勤務先: ○○市役所 <input type="checkbox"/> その他 連絡先: 03-1234-5678
児童	氏名	(フリガナ) イタバシ イタスケ 板橋 板介
	昭和 ○○年 12月 27日生 (男・女)	続柄 同居・別居 同居 別居
児童	氏名	(フリガナ) イタバシ ハシミ 板橋 橋美
	平成 ○○年 4月 20日生 (男・女)	続柄 同居・別居 同居 別居
児童	氏名	(フリガナ) _____ _____
	平成・令和 年 月 日生 (男・女)	続柄 同居・別居 同居 別居
児童	氏名	(フリガナ) _____ _____
	令和 年 月 日生 (男・女)	続柄 同居・別居 同居 別居

手当振込先	金融機関コード	1 2 3 4	店番号	1 2 3	手当請求者 口座名義	(カナ) イタバシ イタオ
	板橋	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	区役所	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普当 <input type="checkbox"/> 口座番号
		1 2 3 4 5 6 7				

額改定	(額改定理由)	<input checked="" type="checkbox"/> ア 支給要件児童が増えたため。 <input type="checkbox"/> イ その他 ()	決定区分	認定・却下・取下	入力
	(事由発生)	平成・令和 ○年 4月 20日		支給決定	
		11	欄 払		

記入上の注意

記入例の番号をご参照ください。

番号	項目	注意点
1	チェック欄	申し込む手続きにチェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。
2・6	個人番号	マイナンバーカード・通知カード等に記載されている12桁の番号をご記入ください。
3・7	住民登録地	1月1日時点の住民登録地を市区町村名までご記入ください。 (申請日によって何年の1月1日時点が変わりますのでご注意ください)
4	加入年金	請求者の加入年金に○をつけてください。(厚生年金のうち、国家公務員等共済・地方公務員等共済に加入の方は、職業欄に勤務先および連絡先をご記入ください)
5	配偶者職業	配偶者の職業が <u>公務員</u> の場合、勤務先および連絡先をご記入ください。
8	監護	監護とは「監督・保護していること」(保護者として児童を養育していること)です。
9	別居	請求者と児童が別居の場合は、児童の住所もご記入ください。 また、他に必要な書類がありますのでお問い合わせください。
10	手当振込先	児童手当を新規(他自治体からの転入を含む)で申請する場合のみご記入ください。 請求者(保護者)名義の口座のみ振込可能です(配偶者・児童等の口座は不可)。
11	額改定	既に児童手当を受給している方で、2人目以降の児童の分を増額申請される場合にご記入ください。

**書類提出先
問合せ先****板橋区役所子ども家庭部子育て支援課子どもの手当医療係**

〒173-8501 板橋区板橋2-66-1 TEL: 03-3579-2477