

① 請求者		整理番号		④ 保険加入状況(子)	
住 所	府中市	③ 年金加入状況(請求者)		保険加入種類	1 ()国民健康保険(組合)
	本年1月1日時点の住所(1~5月分は前年1月1日) ※上記と異なる場合のみ記入してください。	1 厚生年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は、括弧内に○を記入してください。 ()私立学校教職員共済組合 ()国家公務員共済組合 ()地方公務員等共済組合			2 ()健康保険組合
フリガナ	都・道 区・市 府・県 町・村	年金加入種類	2 国民年金		3 全国健康保険協会()支部
氏名	個人番号		3 その他()		4 ()共済組合
電話		勤務先名	※公務員の方のみ記入してください。		5 その他()
生年月日	年 月 日 性別 男・女 配偶者の有無 有・無	⑤ 配偶者		被保険者	記号
② 支払金融機関	金融機関 支店名 種別	氏名	フリガナ	被保険者番号	
	口座番号 口座名義(カタカナ)	住所	生年月日 年 月 日	被保険者氏名	請求者との続柄
		職業	1 公務員 2 公務員以外 3 なし	保険者番号	
		電話	電話番号() -		

受付印

不足書類

健康保険証(本人・子) その他

口座

別居監護の申立書

地方税関係情報取得に係る同意書

事務処理欄

出生 第 子 : 税扶養(父・母)

転入 . . . より転入

その他 離婚・婚姻・その他

児童手当消滅日 . . . 月分まで(旧受給者:)

父所得: . . . 円 人扶養

母所得: . . . 円 人扶養

児童手当開始月: . . . 月

⑥ 養育する18歳未満のすべての児童	フリガナ氏名	続柄	性別	生年月日	監護の有無	生計関係	同居別居の別	別居の場合の住所	他医療助成の有無	他医療助成の内容	増額事由	減額事由
		子・子以外()	1男 2女	年 月 日	1有 2無	1同一 2維持	1同居 2別居	電話() -	1有 2無		<input type="checkbox"/> 児童を出生したため。 <input type="checkbox"/> 新たに児童を監護するようになったため。	<input type="checkbox"/> 児童が死亡したため。 <input type="checkbox"/> 監護している児童が減少したため。
		子・子以外()	1男 2女	年 月 日	1有 2無	1同一 2維持	1同居 2別居	電話() -	1有 2無		<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 児童が(15歳・18歳)の年度末に到達したため。
		子・子以外()	1男 2女	年 月 日	1有 2無	1同一 2維持	1同居 2別居	電話() -	1有 2無			<input type="checkbox"/> その他()
		子・子以外()	1男 2女	年 月 日	1有 2無	1同一 2維持	1同居 2別居	電話() -	1有 2無		事由発生日	年 月 日

⑦ 上記のとおり、児童手当の認定(額改定)を請求します。
 なお、児童手当の受給資格の有無及び受領等に関して、必要事項を公簿等で確認することに同意します。公簿等で確認できない場合は、必要書類の提出を行います。
 また、私は子ども家庭部子育て応援課長を代理人と定め、児童手当の請求及び受領に関する件、及び同伴について必要がある場合の復代理人選任に関する件の権限を委任します。

府中市長

年 月 日 請求者氏名

備考欄	旧受給者の消滅・減額届(有・無)	氏名	認定番号
		生年月日	来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()
			身元確認書類 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード
		受付者	個人番号 <input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()
			手帳(身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> その他()

※太枠の中だけ記入してください。字はかい書ではっきり書いてください。