

# 児童手当 認定請求書

受付	申請年月日	開始年月
	令和 年 月 日	令和 年 月

水戸市長 様

請求者 (保護者)	カナ	氏名	性別	男・女	生年月日	昭・平	( )	電話番号	-	被用者・被用者等でない者の別	1. 被用者 2. 被用者等でない者	加入年金の種類	1. 厚生年金保険	2. 国民年金	3. その他 ( )		
														※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 ( ) 国家公務員共済 ( ) 地方公務員等共済			
		(現住所) 水戸市								(世帯主)							
		1月1日時点で住所のあった市区町村 (1~5月分は前年, 6~12月分は本年) ※現住所と異なる場合に記入してください。								都・道 府・県							
		転入の方は 前市区町村 での住所								都・道 府・県							
															前市町村での転出予定日	令和 年 月 日	
配偶者 の状況	カナ	氏名	有・無	生年月日	昭・平	( )	現住所	□請求者と同じ	配偶者電話番号	( )	-	1. 被用者 2. 被用者等でない者	3. 公務員	勤務先:	1月1日時点で住所のあった市区町村 (1~5月分は前年, 6~12月分は本年)	都・道 府・県	市・区 町・村
児童の兄弟等 (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)	氏名	続柄	生年月日	監護相当の有無	生計費負担の有無	同居・別居	留学の場合出国年月	【注意】 「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」が「有」の場合、本請求書と併せて「監護相当・生計費負担についての確認書」を御提出ください。 (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。)									
児童 (高校生年代 までの児童)	氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居・別居	留学の場合出国年月	現住所	□請求者と同じ	1. 父母指定者 2. 未成年後見人 3. 同居父母							
支払希望 金融機関	名称	金融機関コード	預金種別	支店コード	支店名	口座番号	口座名義(カナ)	※請求者本人名義以外は児童手当が受け取れません。 ※通帳又はキャッシュカードの写しを添付してください。									

## 番号確認と身元確認のチェックシート

個人番号の確認	身元の確認
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し (個人番号が記載されたもの) <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書 (個人番号が記載されたもの)  <b>※上記が困難であると認められた場合</b> <input type="checkbox"/> 住民基本台帳の確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他 (
以下の書類の場合は2つ以上必要	
<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他 (	

認 定 ・ 却 下	入力年月日		入力	確認
	認定年月日		認定	

所 得 確 認 欄	請 求 者	今年度の所得額										給 与
		億 千万 百万 十万 万 千 百 十 一 円										
		扶養人数等	年少	老扶	障害	特障	寡婦	勤労				
		含老人										
雑損・小規模・医療							円					

所 得 確 認 欄	配 偶 者	今年度の所得額										給 与
		億 千万 百万 十万 万 千 百 十 一 円										
		扶養人数等	年少	老扶	障害	特障	寡婦	勤労				
		含老人										
雑損・小規模・医療							円					