

担当	係長	課長

児童手当額改定認定請求書

制度改正用
(令和6年10月以降)

武蔵村山市長 殿

下記のとおり児童手当及び子ども医療証の認定請求・交付申請をします。受給資格の確認のために、請求者及び配偶者の公簿等を調査することを承諾します。公簿等で受給資格を確認できない場合は、関係書類等を提出します。

提出年月日	*受付確認年月日

請求者	フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日	職業 ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者	配偶者の有無 有・無	
	個人番号	電話番号	自宅			
	住所 武蔵村山市	支金払機希望 <input type="checkbox"/>	公金受取口座への振込を希望します。			
	1月1日時点の住所	1 普通 2 当座	口座番号	銀行・農協	支店出張所	

配偶者	フリガナ 氏名	生年月日 昭和・平成 年 月 日	請求者が、配偶者・児童と別居している場合は、記入してください。	別居している配偶者・児童の住所
	個人番号	電話	世帯主名	電話
	職業 ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者	*公務員の場合は勤務先を記入		1月1日時点の住所

兄弟等の児童等 (大学生等の児童を記入)	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学の出国年月	監護相当の有無	生計費負担の有無	【注意】 「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」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」を御提出ください。 (「児童の兄弟等」と「児童」の合)	*算定対象の場合に○印
					同・別		有・無		

児童 (高校生までの児童を記入)	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学の出国年月	加入健康保険被保険者	監護の有無	生計関係	*該当する場合に○印	*3歳未満	*3歳以上	*第3子以降
					同・別		父・母・その他	有・無	同一・維持	未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母		

加入している公的年金制度の種別	ア.厚生年金保険 イ.国民年金 ウ.その他()	所得状況 (令和 年分所得額)	区分	手当月額
	※アに該当するかで、右記の共済組合の組合員である場合は、()内に○を記入してください。	(請求者) 円		

認定・却下	年 月 日	支給開始月	年 月	認定番号
区市町村より転入。 月分まで支給。【 通知・電話 】で確認済				

◎太線の枠内を記入してください。

転出予定日	和 年 月 日
【備考欄】 公簿等による確認内容 (所得・保険証・口座)	合計 円