

児童手当・特例給付認定請求書、額改定認定請求書 兼 乳幼児・子ども・高校生等医療証交付申請書  
 兼 かつしか出産応援給付金申請書(請求書)

葛飾区長 あて

下記のとおり、児童手当等及びかつしか出産応援給付金の請求、乳幼児・子ども・高校生等医療証の交付申請をいたします。  
 この申請の審査のため、私と私の世帯の税情報や、戸籍住民課、国保年金課、西生活課、東生活課、学務課、他市区町村、年金関係機関に  
 において保有している情報の提供を受けること及び戸籍住民課、国保年金課、西生活課、東生活課、学務課に情報を提供することに同意します。  
 受給中に各健康保険から高額、家族療養費等が支給された場合、この金額の一部又は全額を区へ返還することを誓約いたします。

身元確認資料	
免許証	健康保険証
パスポート	年金手帳
住基C	個人番号C
預金通帳	キャッシュC
クレジットC	診察券
在留C	

不足書類	
口座	保険証
	父・母・子
別監	その他

受付印	

申請種別	児童手当	子ども医療	額改定(増)	出産応援給付金				
提出年月日	年 月 日			フリガナ				
請求者	住所	氏名		児童との続柄				
	電話 ( )	自宅・職場・携帯(本人・配偶者)	生年月日	父・母・ 配偶者の有無 有・無 (□未婚)				
請求者の状況	請求者の令和 年 1月1日の住所	都道府県 区市町村	個人番号	障害の有無 有・無 (父・母・子)				
	配偶者の令和 年 1月1日の住所	都道府県 区市町村	転入前住所 (転入で申請の方のみ)	転出証明書の出発予定日				
	勤務先名称	電話 ( )						
	加入年金	未加入・国民 厚生・共済(公務員)	(配偶者が公務員の場合) 配偶者の勤務先: 電話 ( )					
	児童手当		銀行・信用組合	口座番号				
	振込口座 (額改定は記入不要)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座	信用金庫・農協	口座名義人(カタカナで記入)				
		<input type="checkbox"/> 指定の口座	預金種別 普通・当座	銀行コード	支店番号			
	かつしか出産応援給付金		銀行・信用組合	口座番号				
	振込口座		信用金庫・農協	口座名義人(カタカナで記入)				
			預金種別 普通・当座	銀行コード	支店番号			
家族の状況	配偶者	氏名	生年月日	年齢	続柄	同・別居	個人番号	
		フリガナ	年 月 日		妻・夫	同・別	監護の有無	生計
	児童	フリガナ	年 月 日			同・別	有・無	同・維
		フリガナ	年 月 日			同・別	有・無	同・維
		フリガナ	年 月 日			同・別	有・無	同・維
		フリガナ	年 月 日			同・別	有・無	同・維
		フリガナ	年 月 日			同・別	有・無	同・維
対象児童の健康保険証	被保険者氏名	保険者番号・保険者名称		全国健康保険協会 支部				
	記号	番号	資格取得年月日	国保・国組健康保険組合 共済組合				
別居(児童・夫・妻)の住所								
提出者署名(請求者及び代理人)				<input type="checkbox"/> 医療証受領				

住基確認	住・外	受付者
子ども医療	保護者住民コード	
	資格取得日	
	交付日	

認定番号					
認定・却下年月日					
却下理由					
児童手当	児・特	被・非	人数	金額	円
	5,000円	年 月	人		円
	10,000円	年 月	人		円
	15,000円	年 月	人		円
	30,000円	年 月	人		円
	合計		人		円

父母		年度所得	障・特障・老・寡・勤・ひ
扶養人数	人	扶養障害	人
総所得	円	扶養特障	人
譲渡所得	円	老人扶養	人
雑・医・小規	円	その他	人
控除後所得			
			円

備考

太線の中のみ記入してください