

受付年月日

品川区長 あて

下記のとおり、児童手当・子ども医療費助成の認定請求の申請をします。児童手当の資格の有無について、私および配偶者等の課税証明書等収入証明書の添付に代わり、品川区が公簿での確認および他機関へ地方税関係情報を照会することに同意します。また子ども医療費助成の資格の有無について、児童の健康保険証の添付に代わり、品川区が公簿での確認および他機関へ健康保険情報を照会することに同意します。

|                                 |                                  |                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |                      |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------|----------------------|--------------------------|--------------------|---------|--|-----------------------------------|--|--|--|
| 年 月 日                           |                                  |                                  | □新規 □増(額改定)                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       | 認定番号          |                      |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
| 請求者(児童の保護者)                     | フリガナ<br>氏 名                      |                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               | 性別                   | 生年月日                     |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 |                                  |                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               | 男・女                  | 年 月 日                    |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 | 個人番号                             |                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |                      |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 | 住 所                              |                                  | 品川区                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |                      |                          | 電話 — —             |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 | 1月1日時点の住所<br>(1～6月申請は<br>前年1月1日) |                                  | 同上・                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               | 前住所転出日               |                          | 年 月 日              |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 | 加入している<br>年金の種類                  |                                  | 1. 厚生年金(民間企業) 2. 厚生年金(私立学校教職員共済) 3. 国民年金<br>4. 厚生年金(公務員)勤務先: 5. 未加入<br>※ 公務員の場合のみ請求者の保険証表面のコピーを添付してください。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |                      |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
| (振込先<br>児童手当<br>新規申請の方<br>のみ記入) | 金融機関名                            |                                  |                                                                                                          | 本店・支店・出張所名                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |               | 請求者の<br>口座名義         |                          | カタカナ(英文字の方は英文字で記入) |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合              |                                  |                                                                                                          | 支 店<br>出張所                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |               | 口座番号<br>(普通預金)       |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 | 金融機関コード                          |                                  |                                                                                                          | 支店コード                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |               |                      |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
| 配偶者の状況                          | 有                                | 氏 名                              |                                                                                                          | フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |       |               |                      |                          |                    | 生年月日    |  | 年 月 日                             |  |  |  |
|                                 |                                  | 個人番号                             |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |                      |                          |                    | 職業      |  | 会社員・公務員・その他<br>*勤務先(公務員のみ)<br>( ) |  |  |  |
|                                 | 同居・別居                            | 住 所                              |                                                                                                          | (別居の場合のみ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |               |                      |                          |                    | 1月1日の住所 |  | 区・市                               |  |  |  |
|                                 |                                  |                                  |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |               |                      |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 | 無                                | 無の方は<br>該当する□に<br>チェック<br>してください |                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 離婚 ※後日①児童手当の受給資格に係る申立書 ②離婚日記載の戸籍謄本の2点を<br>ご提出いただく場合がございます。<br><input type="checkbox"/> 未婚… 認知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※事実婚ありの方は、配偶者欄に氏名、生年月日、<br>事実婚 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 住所等をご記入ください。<br><input type="checkbox"/> その他( ) |       |               |                      |                          |                    |         |  |                                   |  |  |  |
| 養育する二十二歳までのすべての児童               | フリガナ<br>氏 名                      |                                  | 続 柄                                                                                                      | 性別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 生年月日  | 同居<br>別居      | 海外留学している<br>場合の出国年月日 | 子ども医療証の交付状況              |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 |                                  |                                  | 1. 子<br>2. その他<br>( )                                                                                    | 1. 男<br>2. 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日 | 同居<br>・<br>別居 | 年 月                  | 1. 今回請求 2. 受給中<br>3. 対象外 |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 |                                  |                                  | 1. 子<br>2. その他<br>( )                                                                                    | 1. 男<br>2. 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日 | 同居<br>・<br>別居 | 年 月                  | 1. 今回請求 2. 受給中<br>3. 対象外 |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 |                                  |                                  | 1. 子<br>2. その他<br>( )                                                                                    | 1. 男<br>2. 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日 | 同居<br>・<br>別居 | 年 月                  | 1. 今回請求 2. 受給中<br>3. 対象外 |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 |                                  |                                  | 1. 子<br>2. その他<br>( )                                                                                    | 1. 男<br>2. 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日 | 同居<br>・<br>別居 | 年 月                  | 1. 今回請求 2. 受給中<br>3. 対象外 |                    |         |  |                                   |  |  |  |
|                                 |                                  |                                  | 1. 子<br>2. その他<br>( )                                                                                    | 1. 男<br>2. 女                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 年 月 日 | 同居<br>・<br>別居 | 年 月                  | 1. 今回請求 2. 受給中<br>3. 対象外 |                    |         |  |                                   |  |  |  |

|                   |                    |  |                  |                    |  |          |       |  |         |       |     |
|-------------------|--------------------|--|------------------|--------------------|--|----------|-------|--|---------|-------|-----|
| 事務<br>処<br>理<br>欄 | 1. 手 当<br>2. 医療費助成 |  | 健康保険証            | ( / )              |  | 振込口座     | ( / ) |  | 戸籍謄本    | ( / ) |     |
|                   |                    |  | 未申告              | ( / )              |  | 監護事実の同意書 | ( / ) |  | 監護生計確認書 | ( / ) |     |
|                   |                    |  | 民生委員調査書          | ( / )              |  | 申立書      | ( / ) |  |         | ( / ) |     |
|                   |                    |  | 医療証              | 作成年月日 年 月 日 窓 ・ 郵  |  |          |       |  | 委任状     |       |     |
|                   |                    |  |                  | 送付年月日 年 月 日 ( )    |  |          |       |  | 有 ・ 無   |       |     |
|                   |                    |  | 本人確認             | ① 個・免・バ・在留・その他 ( ) |  |          |       |  |         |       | 受付者 |
|                   |                    |  | ② 保・年・証書・その他 ( ) |                    |  |          |       |  |         |       |     |

請求者(児童の保護者)とは、子どもを監護し、かつ、これと生計を同じくするその父または母であって、日本国内に住所を有するものとなります(子の父または母で所得の高い方が請求者となります)。

児童手当の振込先口座名義人は請求者(児童の保護者)の口座名義となります(配偶者やお子様の口座等は指定できません)。

※お子様と別居している場合は、お問い合わせください。別途必要な書類があります。

※父母以外の方で子を養育している方が児童手当を請求できる場合もあります。詳細につきましては、お問い合わせください。

## この申請書の使い方

### 1 児童手当と子ども医療費助成の両方を申請するとき

必要事項を記入し、お子さまの健康保険証コピー(\*①)を添付してご提出ください。

### 2 児童手当のみ申請するとき

「児童手当認定請求書」に必要事項を記入してご提出ください。

### 3 子ども医療費助成のみ申請するとき

「子ども医療費助成医療証交付申請書」に必要事項を記入し、対象になるお子さまの健康保険証のコピー(\*①)を添付してご提出ください。  
(児童手当のみ申請の場合、お子さまの健康保険証コピーは不要)

\*① お子さまの健康保険証コピーは、後日提出でも構いません。

\*② その他、状況により添付書類が追加で必要になった方につきましては、ご案内をいたします。

### 【お問い合わせ・提出先】

〒140-8715 品川区広町2-1-36

品川区 子ども未来部 子育て応援課 手当医療助成担当

TEL: 児童手当 03-5742-6721 / 医療助成 03-5742-9174