

□児童手当認定請求書
□子ども医療費助成医療証交付申請書

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。児童手当の支給要件の該当性を審査するため、区が必要な公募等の確認を行うことに同意します。また子ども医療費助成の資格の有無について、児童の健康保険資格確認書の添付に代わり、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 氏名				性別	生年月日									
	個人番号				男・女	年 月 日									
	住所				品川区 電話 - -										
	前年・本年の1月1日時点での居住自治体		同上	本年 前年	区・市 区・市	前住所転出日		年 月 日							
	加入している年金の種類				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 4. 厚生年金(公務員)勤務先: _____ 5. 未加入 ※ 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 児童手当 新規申請の方 のみ記入	金融機関名		本店・支店・出張所名		請求者の口座名義		カタカナ(英文字の方は英文字で記入)								
	銀行 信用金庫 信用組合		支店 出張所		口座番号 (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								
	同居・別居	個人番号				職業	会社員・公務員・その他 *勤務先(公務員のみ) ()								
		住所 (別居の場合のみ)				1月1日の住所	区・市								
	無	無の方は該当する□にチェックしてください	<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点をご提出いただく場合がございます。 <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、事実婚 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 住所等をご記入ください。 <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 氏名	続柄	性別	生年月日	同居 別居	海外留学している 場合の出国年月日	子ども医療証の交付状況								
		1. 子 2. その他 ()	1. 男 2. 女	年 月 日	同居・別居	年 月	1. 今回請求 2. 受給中 3. 対象外								
		1. 子 2. その他 ()	1. 男 2. 女	年 月 日	同居・別居	年 月	1. 今回請求 2. 受給中 3. 対象外								
		1. 子 2. その他 ()	1. 男 2. 女	年 月 日	同居・別居	年 月	1. 今回請求 2. 受給中 3. 対象外								
		1. 子 2. その他 ()	1. 男 2. 女	年 月 日	同居・別居	年 月	1. 今回請求 2. 受給中 3. 対象外								
事務 処理 欄	申請事由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他		健康保険 (/)		振込口座 (/)		同居父母申立書 (/)								
	児手 <input type="checkbox"/> 公務員(職場で受給)		未申告 (/)		監護事実の同意書 (/)		生計確認書 (/)								
	<input type="checkbox"/> (父・母)が		戸籍/受理証 (/)												
	(区・市)で受給		医療証		作成年月日 年 月 日 窓・郵		委任状								
	子医 <input type="checkbox"/> 住未 <input type="checkbox"/> マイナ照会(父保・母保・品国)		本人確認		送付年月日 年 月 日 ()		有・無								
ひ親 <input type="checkbox"/> 新規申請あり <input type="checkbox"/> 資格あり転入				① 個・免・バ・在留・その他 ()		受付者									
<input type="checkbox"/> 申請なし(所得超過・その他)				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

申請書上部にチェックのうえ、必要事項を記入し、健康保険情報確認書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」にチェックしたうえで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」にチェックしたうえで必要事項を記入し、健康保険情報確認書を添付してご提出ください。

* 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