

記入例

- ☒ 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

太枠の中をご記入ください。

品川区長 あ

★この申請書は児童手当と子ども医療証の兼用申請書となっているため、必ず上記の申請したい項目にチェックを入れてください。

下記のとおり、児

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。

ご記入日を記入し、新規またはすでに受給中の場合は増（額改定）にチェックを入れてください。

品川区内の場合は、「同上」に○をつけてください。

該当するものに○をつけてください。公務員の場合のみ勤務先名までご記入ください。

有・無のどちらかに○をつけてください。

有の場合は同居・別居のどちらかに○をつけ、別居の場合は必ずご住所、また個人番号まで漏れなくご記入ください。また1月1日の住所は配偶者が令和6年1月1日にいた自治体名をご記入ください。

無の場合は、右記のようにチェックを入れてください。※チェック等が漏れている場合は、再度記入をお願いします。

2024	年	10	月	1	日	☒ 新規	☐ 増(額改定)	認定番号										
フリガナ 氏 名						シナガワ タロウ		性別	生年月日									
品川 太郎								男	1990 年 11 月 11 日									
請求者は父母のうち所得の高い方（生計中心者）となります。								女										
請求者（児童の保護者）	住 所		品川区 広町2-1-36										電話		03 - 5742 - 6721			
	1月1日時点の住所 (1~6月申請は前年1月1日)		同上・				東京都 港区				前住所転出日		2024 年 7 月 1 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） 4. 厚生年金（公務員）勤務先： ※ 公務員の場合のみ請求者の保険証表面のコピー															
	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		口座名義		シナガワ タロウ					
		みずほ				銀行		品川		支店		口座番号 (普通預金)		0 0 0 0 0 0 0 0				
		0 0 0 1				金融機関コード		0 0 1		支店コード								
配偶者の有・無	氏 名		フリガナ シナガワ ハナコ 品川 花子										生年月日		1990 年 1 月 1 日			
	個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 3 8 1										職業		会社員・公務員・その他 *勤務先(公務員のみ)			
	住 所		配偶者無しの場合は 以下のようにチェックを入れてください。										1日の住所		東京都 港 (区) 市			
	無の方は 該当する□に チェック してください		□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。 □未婚… 認知 □あり □なし ※事実婚ありの方は、配偶者欄に氏名、生年月日、 事実婚 □あり □なし 住所等をご記入ください。 □その他(死別 など)															
養育する二十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					
	シナガワ マチコ 品川 町子		1. 子 2. その他		1. 男 2. 女		2010 年 1 月 1 日		同居 別居		年 月		1. 今回請求 2. 受給中 3. 対象外					
													1. 今回請求 2. 受給中					
22歳以下の児童について全員お書きください。 ※支給対象児童は18歳以下ですが、第3子算定のため、 22歳以下の児童全員を記入していただく必要があります。 ★児童が3名以上おり、かつ3名の中で19歳年度末～22歳年度末（大学生年代）の児童がいる場合、 「監護相当・生計費の負担についての確認書」も一緒にご提出ください。 ★児童が別居している場合は、「監護事実の同意書」も一緒にご提出ください。																		

事務処理欄	1. 手 当	健康保険証 (/)	振込口座 (/)	戸籍謄本 (/)
	2. 医療費助成	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
本人確認	送付年月日	年 月 日 ()	有・無	
	① 個・免・パ・在留・その他 ()	受付者		
	② 保・年・証書・その他 ()			