

児童手当 認定請求書

・厚生年金加入者の場合は「ア.被用者」に○
 ・公務員の場合は「イ.公務員」に○
 ・国民年金加入の場合は「ウ.被用者等ではない者」に○をする
 （加入している健康保険が国民健康保険の方は「ウ」になります。）
 （配偶者の扶養に取られていて社会保険に入っている専業主婦なども「ウ」になります）

「請求者」は、家計の主宰者（父または母等のうち、子どもの生計を維持する程度の高い方）となります。

請求者	氏名 (法人名等)	みしま たろう 三島 太郎		② 性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	③ 生年月日	昭和 3・4・5 <input checked="" type="radio"/> 平成	④ 職業	<input checked="" type="radio"/> 被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者 (株)三島	⑤ 配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
住所	⑥住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒411-8666 三島市北田町4-47 田町ハイツ101		⑦ 個人番号	携帯 090 (XXXX) XXXX 電話 055 (983) 2712							
	1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年)	令和4年(上欄と異なる場合に記入してください) 〇〇県△△市◇◇××-××		⑧ 支払希望金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する	名称	銀行 金庫 農協 三島		支店名	支店コード (3ケタ) 北田町 支店 1 2 3 4 5 6 7 ミシマ タロウ		
配偶者等	⑨ (ふりがな)	みしま はなこ 三島 花子		生年月日	昭和 4・5・6 <input checked="" type="radio"/> 平成	⑩住所 (⑥と異なる場合)	令和 年 (上欄と異なる場合に記入してください) 〇〇県△△市◇◇××-××					
職業	⑩ 職業	ア.被用者 イ.公務員 (勤務先: ウ.被用者等でない者		22歳の年度末までの子ども 全員を記入してください。 (令和6年度中の申請の場合H14.4.2以降生まれ)		1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年)	令和 年 (上欄と異なる場合に記入してください) 〇〇県△△市◇◇××-××					
児童	氏名	続柄	生年月日	内居の別	別居の場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	※3歳未満の児童○印	※3歳以上小学校修了前の児童○印	※小学校修了後中学校修了前の児童○印
	三島 一郎	子	<input checked="" type="radio"/> 平成 令和 25・1・1	<input checked="" type="radio"/> 同		請求者と同じ	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
	三島 次郎	子	<input checked="" type="radio"/> 平成 令和 28・2・2	<input checked="" type="radio"/> 同		請求者と同じ	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
	三島 三郎	子	<input checked="" type="radio"/> 平成 令和 30・3・3	<input checked="" type="radio"/> 同		子どもと ・同居の場合は『同』に○をする。 ・別居の場合は『別』に○をし、 住所を記入する。	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
沼津 港	子	<input checked="" type="radio"/> 平成 令和 3・5・5	<input checked="" type="radio"/> 同	<input checked="" type="radio"/> 別		-1	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
請求者の加入している公的年金制度の種類	ア.厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		イ.国民年金 ウ.その他 ()		⑮ 請求者の扶養親族等及び児童の数	令和 3 年	人	認定・却下年月日	支給開始年月	区分	手当月額	
請求者が加入している年金の種類に○をする。					⑯ 所得の状況	(請求者)	円	円	円	円	円	
	和 年 分 所 得 の 合 計 額		うち児童手当法施行令第3条第1項による控除		給与所得/公的年金等所得(控除額) 場合の控除額(上限100,000円)		控 除					

手当の支給は口座振込となります。
請求者本人名義の口座を記入してください。
(子ども名義の口座 ×)

子どもが
・請求者自身の子である場合は『同一』に○をする。
・請求者自身の子でない場合は『維持』に○をする。

子どもと
・同居の場合は『同』に○をする。
・別居の場合は『別』に○をし、
住所を記入する。

子どもを養育している場合は『有』に○をする。

この認定請求書には
口座確認書類 (キャッシュカードや通帳の写しなど口座番号・名義を確認できるもの)
請求者自身の健康保険証の写し (3歳未満の子どもがいる場合のみ)
を添付してください