

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
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。

※公金受取口座は児童手当・特例給付の振込口座として使用します。かつしか出産応援給付金の申請の場合、振込口座の記載が必要です。

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	葛飾区 丁目 番 号	氏名	父・母・
	電話	() 自宅・職場・携帯(本人・配偶者)	生年月日	年 月 日生
				配偶者の有無 有・無(□未婚)

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

太線の中のみ記入してください

請求者の状況	請求者の令和 年 1月1日の住所	都道府県	市区町村	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	市区町村	転入前住所 (転入で申請の方のみ)	都道府県	市区町村
	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 ()		
	請求者の健康保険証	記号	番号	資格取得年月日	保険者番号・保険者名称	全国健康保険協会

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		
3歳未満	年 月	人	円	円		
3歳～小修	年 月	人	円	円		
中学校修了	年 月	人	円	円		
特例給付	年 月	人	円	円		

家族の状況	振込口座	銀行・信用組合 信用金庫・農協			□ 公金受取口座	口座番号		口座名義人(カタカナで記入)		
	通帳・カード	預金種別	普通	銀行コード	支店コード	店				
	配偶者	氏名	生年月日	年齢	続柄	同・別居	監護の有無	生計	留学の場合の出国年月	個人番号
	フリガナ				妻・夫	同・別	有・無	同・維		
	フリガナ				同・別	有・無	同・維			

認定区分	医療更新・2枚	児童手当支給月
住民コード	受給者番号	児童手当支給額
		10月(6・7・8・9)
		2月(10・11・12・1)
		6月(2・3・4・5)

別居(児童・夫・妻)の住所					
児童の保険証が請求者と異なるとき	全員・一部の児童()	被保険者氏名	児童との続柄	母・父・	
	記号	番号	資格取得年月日	保険者番号・保険者名称	全国健康保険協会
	(枝番)	()			支部 国保・国組 健康保険組合 共済組合
提出者署名(請求者及び代理人)	□ 医療証受領				
備考					

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