

該当する申請種別に○をつけてください。
第三子以降出生の場合は、額改定(増)に○をつけてください。
ただし、請求者が公務員の場合や、所得超過で児童手当を受給されていない方は、子ども医療と出産応援給付金に○をつけてください。

請求者は生計中心者の方となります(額改定の場合は第一子の手当が振り込まれている方)。請求者の住所、日中連絡がつく連絡先、氏名、生年月日、児童との続柄、配偶者の有無をご記入ください。

請求者及び配偶者の令和6年1月1日の住所地をご記入ください。

請求者のマイナンバーをご記入ください。額改定(増)の申請の場合は記入不要です。

転入で申請する方のみご記入下さい。

額改定(増)の場合は、第一子と同じ口座になるため記入不要です。配偶者や児童の口座にはお振込できません。

かつしか出産応援給付金を申請する方は、請求者名義の口座をご記入し、口座のコピーを提出します。ただし、児童手当と同じ振込先に振り込みを希望される場合は、「同上」とご記入ください。この場合、口座のコピー添付は不要です。

◆ 添付書類 ◆ 申請を窓口でする場合はコピーではなく原本をご提示ください。

- ①請求者の健康保険証のコピー (国家公務員共済組合員証(日本郵政共済組合員証を含む)または地方公務員等共済組合員証をお持ちの方のみ)
- ②児童の健康保険証のコピー (加入手続き中の場合は児童が加入する予定のもの)
- ③預金通帳またはキャッシュカードのコピー 請求者名義のもの (公金受取口座を指定する場合は不要)

- ・児童手当・・・①③の提出が必要です。ただし、額改定(増)の場合、添付書類は不要です。
※児童と別居している場合は「別居監護申立書」が必要となります。
- ・子ども医療証・・・②の提出が必要です。
- ・かつしか出産応援給付金・・・③の提出が必要です。

児童手当・特例給付認定請求書、額改定

★記入要領★額改定(増)

支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は、

【かつしか出産応援給付金】
令和5年4月1日以降出生の児童が対象となります。
1歳の誕生日の前日までに転入した児童も対象となります。

医療請求書
障害の有無について○をつけてください。障害がある場合は該当者に○をつけてください。他の手当が申請できる場合があります。

婚姻歴がない場合は、未婚に✓をしてください。

申請種別	児童手当	子ども医療	<input type="radio"/>	額改定(増)	<input type="radio"/>	出産応援給付金	<input type="radio"/>
提出年月日	令和 〇年 〇月 〇日					フリガナ	カツシカ タロウ
請求者	住所	葛飾区 立石 〇丁目 〇番 〇-101号 〇〇マンション				氏名	葛飾 太郎
	電話	090(0000)0000 自宅・職場(携帯)本人(配偶者)				生年月日	昭和 55年 12月 31日
請求者	請求者の令和6年1月1日の住所	東京都 足立区 市 町 村	個人番号	012345678901			障害の有無
	配偶者の令和6年1月1日の住所	東京都 足立区 市 町 村	転入前住所	東京都 足立区 市 町 村	転出証明書の出発日	R6.〇.〇	
	勤務先名称	〇〇〇〇株式会社					配偶者が公務員の場合は、配偶者の勤務先・連絡先をご記入ください。
状況	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:		
	振込口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座		<input type="checkbox"/> 指定の口座		口座番号	
	かつしか出産応援給付金	振込口座		預金種別	普通・当座	銀行コード	支店番号
	振込口座	〇〇〇		銀行	信用組合	葛飾支	店
配偶者	フリガナ	カツシカ ハナコ	生年月日	年齢	続柄	同・別居	生計
	氏名	葛飾 花子	S60年10月10日	3	妻	同	同
	フリガナ	カツシカ マモル	R3年7月9日	0	子	同	同
	氏名	葛飾 マモル	R6年4月1日	0	子	同	同
児童の健康保険証の内容をご記入ください。		年月日	別	同・別	同・別	同・別	同・別
被保険者氏名	葛飾 太郎		保険者	国保・国組			
記号	〇〇	番号	△△△△	資格取得年月日	R6.4.1	健康保険組合	〇〇〇〇
提出者署名(請求者及び代理人)	葛飾 太郎					<input type="checkbox"/> 医療証受領	

父母と児童の生計が同じなら〔同〕、父母以外の方が児童を養育している場合は〔維〕に○をつけてください。

経済的、精神的に児童の面倒をみている状態であれば、有に○をつけてください。

児童の欄は、18歳までの児童をご記入ください。

提出する方が署名をしてください。また、医療証を受け取った場合は、✓をしてください。