

* 記入要領 *

*******重要*******

請求者が**公務員**の場合は、**勤務先に申請してください。**
公務員は勤務先から児童手当が支給されます。

請求者は現在、児童手当を受給している方です

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。

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。**

振込先口座は記入不要です。

現在児童手当を支給している口座から変更する場合は、「支払金口座振替依頼書」の提出が必要です。

手当の支給対象は18歳まで(H18年4月2日以降生まれ)のお子さんですが、**多子加算のカウント対象**となる場合があるため、**申請書には22歳まで(H14年4月2日以降生まれ)のお子さん**から記入してください。

*****多子加算について*****
年度末22歳まで(H14年4月2日以降生まれ)のお子さんから数えて、**3番目以降のお子さんは、手当月額が3万円となります。**
19歳から22歳まで(H14年4月2日からH18年4月1日生まれ)のお子さんについて、請求者が生活費等の負担をしている場合、多子加算のカウント対象となります。
また、多子加算のカウント対象とするには、「**監護相当・生計費の負担についての確認書**」の提出が必要です。

請求者が署名をしてください。

児童手当額改定申請書

あて

児童手当の申請を行います。
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、年令関係機関に
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。

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	令和 ○年 ○月 ○日			フリガナ	カツシカ タロウ	
請求者	住所	葛飾区立石 ○丁目 ○番 ○-101号 ○○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
請求者の状況	請求者の令和6年1月1日の住所	東京都足立区	個人番号	記入不要		
	配偶者の令和6年1月1日の住所	東京都足立区	*請求者が公務員の場合は、請求者の勤務先(公務員は勤務先から児童手当)			
	勤務先名称	○○○○株式会社			障害の有無	有・無(父・母・子)
	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 ()		
振込口座	銀行・信用組合		口座番号			
	信用金庫・農協		口座名義人(カタカナで記入)			
振込口座は記入不要です。振込先口座を変更する場合は、「支払金口座振替依頼書」の提出が必要です。						
配偶者	フリガナ	カツシカ ハナコ	生年月日	年齢	続柄	
	氏名	葛飾 花子	S 60年 10月 10日	20	妻	
	フリガナ	カツシカ サクラ	生年月日	年齢	続柄	
	氏名	葛飾 さくら	H 16年 4月 4日	20	子	
家族対象	フリガナ	カツシカ ショウブ	生年月日	年齢	続柄	
	氏名	葛飾 しょうぶ	H 18年 5月 5日	18	子	
	フリガナ	カツシカ アヤメ	生年月日	年齢	続柄	
氏名	葛飾 あやめ	H 20年 12月 25日	15	子		
児童	フリガナ		生年月日	年齢	続柄	
氏名						
記入例の場合、支給額は月額4万円になります。 ①・・・支給対象外だが、多子加算のカウント対象 ②・・・支給対象 月額1万円(多子加算なし) ③・・・支給対象 月額3万円(多子加算が適用される)						
別居(元重・大・妻)の住所						
提出者署名(請求者及び代理人)	葛飾 太郎					

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。**

【生計】
父母と児童の生計が同じなら【同】
父母以外の方(祖父母等)が児童を養育している場合は【維】に○を付けてください。

【監護の有無】
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。
([無]の場合、手当は支給されません。)

当・生計費の負担についての確認書の提出が必要です。