

※出生・転入・切替(離婚・婚姻・扶養・死亡・海外転出)※消滅No. - 消滅日 /

該当のあるものに○で囲んでください。

会社員：ア  
公務員：イ  
自営業、他の家族の扶養になっている：ウ

請求者は、父母等のうち所得の高い方になります。

児童手当 認定請求書

★認定に必要な税情報等について公簿等の確認を行うことに同意します。

請 求 者	氏名	(フリガナ) キタカミ タロウ 北 上 太 郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年 月日	昭和 △△・〇〇・××	職業	<input checked="" type="radio"/> ア 被用者 <input type="radio"/> イ 公務員 <input type="radio"/> ウ 被用者等でない者	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			
	住所	〒 024 - 0092 北上市 新穀町1-4-1	個人番号		電話 0197 ( 72 ) 8261			個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3					
	前住所(転入の場合)	市区町村名まで (例：〇〇市) 仙 台 市	支払希望 金融機関	名称		支店名		口座番号			口座名義(カナ)		
	令和6年1月1日の住所	北上市内・ <input checked="" type="radio"/> 北上市外(例：〇〇市 仙 台 市 )・国外		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する	支店コード (3ケタ)		1 2 3 ××支店 1 2 3 4 5 6 7			キタカミ タロウ			
	令和5年1月1日の住所	北上市内・北上市外(例：〇〇市 )・国外		<input checked="" type="checkbox"/> 〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協								
配 偶 者 等	氏名	(フリガナ) キタカミ ハナコ 北 上 花 子	生年 月日	昭和 〇〇・××・△△	住 所 (請求者と異なる場合)	〒 -							
職業	ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先: )	<input checked="" type="radio"/> ウ 被用者等でない者	個人 番号	2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4	令和6年1月1日の住所	北上市内・ <input checked="" type="radio"/> 北上市外(例：〇〇市 仙 台 市 )・国外							
	令和5年1月1日の住所	北上市内・北上市外(例：〇〇市 )・国外											
今 年 度 1 9 歳 1 2 2 歳	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	同居・別居	監護相当 の有無	生活費負担 の有無	海外留学をしている 場合の出国年月	【注意】 児童の兄弟等について、「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」 がいずれも「有」の場合は、本請求と併せて「監護相当・生計費の負担 についての確認書」をご提出ください。 ※「児童の兄弟等」と「児童の」の合計人数が3人以上の場合に限る。				※算定対象の 場合に○	
	キタカミ イチコ	子	平成 〇・×・△ 令和	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	令和						
見 童 (今 年 度 1 8 歳 以 下)	フリガナ 氏名	続柄	生年月日	同居・別居	監護の有無	生計関係	海外留学をしている 場合の出国年月	住 所(別居の場合)	※児童との関係で、 該当する場合に○印	第3子以降 の場合に○ (月額30,000円)	3歳未満の 場合に○ (月額15,000円)	左記以外の 場合に○ (月額10,000円)	手当月額
	キタカミ ジロウ	子	平成 〇・×・△ 令和	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 維持	令和		<input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 父母指定者 <input type="checkbox"/> 同居父母				円
	キタカミ サブロウ	子	平成 〇・×・△ 令和	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 維持	令和						円
				平成 ・ 令和	同・別	有・無	同一 維持	令和					円
				平成 ・ 令和	同・別	有・無	同一 維持	令和					円
加入している公的年金制度の 種別	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は○で囲んでください。 ・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. 未加入		請求者の控除対象配偶者 または同一生計配偶者の 場合に○		控除対象配偶者 ・ 同一生計配偶者		令和 年分所得額 (請求者)	円	認定・却下年月日	支給開始年月	合計月額	円	
							(配偶者)	円	令和	令和	円		

個人番号：マイナンバーを記入してください。  
※番号が不明な場合は、住民票の個人番号入りを取得し確認してください。

請求者と同一名義の口座情報を記入してください。  
※請求者と別の方名義の口座にすることはできません。

【監護及び生計の意味について】  
「監護」：その児童の身の回りの世話や教育などの面倒をみていること。  
「生計」：請求者がその児童と生計を同じくしていること又は生計費の大半を  
支出していること。