

# 児童手当認定請求書

(あて先) 寝屋川市長 審査のため、寝屋川市が必要な請求者・配偶者の税情報等の確認を行うことに同意します。

	保留中	受付印
	調査中	
	入力済	
受付者		

提出年月日	令和 年 月 日	申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 受給者変更 <input type="checkbox"/> 所得制限内 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 制度改正 <input type="checkbox"/> その他( )					
請求者	フリガナ			生年月日	性別			
	氏名			昭和 年 月 日 平成	男・女			
	個人番号			配偶者の有無	有・無			
	住所	寝屋川市		連絡先(請求者・配偶者どちらでも可)				
	令和7年1月1日現在の住所	寝屋川市内・他市( )		— —				
	加入している年金の種類	<input type="checkbox"/> 厚生年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は○をつけてください。 (国家公務員共済・地方公務員等共済の場合は保険証の写しを添付してください。) ( 私立学校教職員共済 ・ 国家公務員共済 ・ 地方公務員等共済 )		<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 未加入			
				<input type="checkbox"/> その他( )				
振込先銀行口座 ※請求者名義のもの	銀行名		支店名		支店コード			
	<input type="checkbox"/> 座番号(右詰)		<input type="checkbox"/> 座名義人(カタカナ)					
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 ※利用する場合は口座情報の記入不要。 マイナポータルに公金受取口座を登録済の方のみ利用可能。							
配偶者	フリガナ			生年月日	性別			
	氏名			昭和 年 月 日 平成	男・女			
	個人番号			配偶者の職業等				
	住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 請求者と異なる( )		<input type="checkbox"/> 公務員である(①②に記入) ①職場での受給の有無 / 有・無 ②勤務先名: <input type="checkbox"/> 公務員以外である(無職の場合も含む)				
令和7年1月1日現在の住所	寝屋川市内・他市( )							
21 28 歳の 年度 未 まで から の 兄 姉 等	児童の氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	同居区分	監護	生計関係	左記に児童を記載の場合、 監護相当・生計費の負担に ついての確認書必要	
		平・令 年 月 日		同居 ・ 別居	有 ・ 無	同一 ・ 維持		
	児童の氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	同居区分	監護	生計関係		
		平・令 年 月 日		同居 ・ 別居	有 ・ 無	同一 ・ 維持		
18 歳 の 年度 未 まで の 児童 ( 高 校 卒 業 ま で の 児童 )	児童の氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	同居区分	監護	施設入所	生計関係	＜不備書類＞ 1.保険証のコピー 2.振込希望金融機関 3.別居監護申立書 4.確認書 5.その他 ( )  【現況届必要】 <input type="checkbox"/> 市外別監 <input type="checkbox"/> 同居父母 <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> その他( )
		平・令 年 月 日		同居 ・ 別居	有 ・ 無	有 ・ 無	同一 ・ 維持	
	児童の氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	同居区分	監護	施設入所	生計関係	
		平・令 年 月 日		同居 ・ 別居	有 ・ 無	有 ・ 無	同一 ・ 維持	
	児童の氏名(フリガナ)	生年月日	続柄	同居区分	監護	施設入所	生計関係	
		平・令 年 月 日		同居 ・ 別居	有 ・ 無	有 ・ 無	同一 ・ 維持	
※市処理欄(記入しないでください。)								
認定	却下	令和 年 月 日	支給開始年月	令和 年 月	(請求者) 控除後の所得内容			円
	非被	認定番号	前市(前受給者) 消滅年月日	令和 . .	(配偶者) 所得状況		円	
〈備考〉 <input type="checkbox"/> 「公金受取口座に関する注意事項」説明交付済								

健康保険証のコピーを添付ください  
国家公務員共済・地方公務員等共済の  
場合のみ

カード式の健康保険証

請求者自身の保険証の表面のコピーを貼り付け  
(児童や配偶者のものは不可)

通帳又はキャッシュカードのコピー  
外国籍の請求者のみ、カタカナの口座名義が分かる部分  
請求者名義のもの