

児童手当・特例給付 認定請求書

認定番号	
変更認定番号	
変更認定番号	
変更認定番号	

神戸市 福祉事務所長 宛

(受付印)

次の事項に同意の上、請求します。

私及び生計同一の配偶者は、受給資格の確認のために、認定請求時以降継続して所得の状況及び住所等を、神戸市が保有する公簿等(市民税の課税台帳や住民基本台帳等)により確認すること及びマイナンバーによる情報照会に同意します。また、公簿等で確認できない場合は関係書類を提出します。

※太枠内のみ記入してください。

提出年月日		生計を維持する程度が高いのは誰ですか		下記の児童について請求者以外が児童手当を				
令和 3 年 4 月 1 日		請求者・配偶者・その他()		申請している <input checked="" type="checkbox"/> 申請していない				
請求者	氏名	フリガナ コウベ タロウ 神戸 太郎	生年月日	昭和 56 年 7 月 8 日 平成	職業	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員等(被用者) イ 公務員 ウ その他(自営・パート・無職)		
	住所	神戸市中央区加納町0丁目0番0号		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	勤務先名等	ABCD株式会社 電話 078-333-3330	
	転入前住所	東京都ABC区DEF1丁目1番1号 101		電話	自宅 999 - 999 - 9999 携帯 090 - 9999 - 9999	前居住地の転出予定日	令和3 年 3 月 31	
	転入日	令和 3 年 1 月 1 日時点の住所		個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	※2の場合、個人番号で課税情報を確認いたします。		
配偶者	氏名	フリガナ コウベ ハナコ 神戸 花子	生年月日	昭和 60 年 7 月 12 日 平成	職業	ア 会社員等(被用者) イ 公務員 ウ その他(自営・パート・無職)		
同居	別居	別居の場合のみ記入		電話	自宅 999 - 999 - 9999 携帯 080 - 8888 - 8888	勤務先名等 [公務員の方のみ記入]	電話	
同居	別居	別居の場合のみ記入		個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7	※2の場合、個人番号で課税情報を確認いたします。		
児童	氏名	(18歳に達する日以後の最初の3月31日までに)	生年月日	続柄	同居別居の別	監護の有無	生計関係	別居の児童の住所 (海外留学の場合の出国年月)
	1	フリガナ コウベ イチロウ 神戸 一郎	平成 22 年 5 月 7 日	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同 ・ 別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同 ・ 維持	(年 月)
	2	フリガナ	平成 年 月 日		同 ・ 別	有 ・ 無	同 ・ 維持	(年 月)
	3	フリガナ	平成 年 月 日		同 ・ 別	有 ・ 無	同 ・ 維持	(年 月)
	4	フリガナ	平成 年 月 日		同 ・ 別	有 ・ 無	同 ・ 維持	(年 月)
5	フリガナ	平成 年 月 日		同 ・ 別	有 ・ 無	同 ・ 維持	(年 月)	
振込先 (請求者名義の口座)	金融機関名	支店名	口座番号		請求者が加入している年金等の種類	1. 国家公務員共済 5. 国民年金 2. 厚生年金 6. その他 3. 私立学校教職員共済 () 4. 地方公務員等共済 7. 未加入		
	あいうえ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 あいうえ <input checked="" type="checkbox"/> 金庫 あいうえ <input checked="" type="checkbox"/> 組合	かきくけ	支店出張所	1 2 3 4 5 6 7		請求開始年月: 令和 年 月	【不足書類】 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
店番号		口座名義 (カタカナ)						
1 2 3		コウベ タロウ						

神戸市使用欄

【子の健康保険】

(請求者・配偶者・他)

【請求事由】(出生・転入・請求者変更・縁組予定・他)

確認先	本人・代理人(配偶者・親族・その他())⇒ <input type="checkbox"/> 委任状
番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票(個人番号付)
身元確認	1点 個人番号カード・運転免許証・旅券・障害手帳(写真有)・その他()
	2点 健康保険証・児扶手証書・年金手帳・住民票・その他()

児童手当・特例給付 受付票

No.

この受付票は結果の通知があるまで大切に保管してください。(受付印)

氏名

様

不足書類(内容)の有無
 なし

認定請求を受け付けました。

認定通知書又は却下通知書をもって結果を通知します。

お問い合わせ先

 あり { 同意書
 その他 ()

※お問い合わせの際は、受付日・氏名・生年月日・Noをお知らせください。