

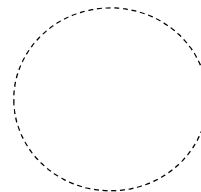
児童手当 認定請求書

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個人番号を収集し、個人番号を利用した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。

提出年月日 令和 6 年 8 月 1 日		生計を維持する程度が高いのは誰ですか 請求者・配偶者・その他( )		下記の児童について請求者以外が児童手当を申請している <input checked="" type="checkbox"/> 申請していない <input checked="" type="checkbox"/>													
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 62 年 7 月 8 日 平成	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業 <input checked="" type="checkbox"/> 会社員等(被用者) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 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			電話 自宅 999-999-9999 携帯 090-9999-9999	勤務先名等 ABCD株式会社 電話 078-333-3330	転入前住所			前居住地の転出予定日 年 月 日				
	令和 年 1 月 1 日時点の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 神戸市内 <input type="checkbox"/> 2 他市区町村( )		※2の場合、個人番号で所得情報を確認いたします。		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	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	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業 <input checked="" type="checkbox"/> 会社員等(被用者) <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> その他(自営・パート・無職)	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居の(別居の場合のみ記入) 別居 住所			電話 自宅 999-999-9999 携帯 080-8888-8888	勤務先名等 神戸市役所 電話 078-331-8181	転入前住所			前居住地の転出予定日 年 月 日				
	令和 年 1 月 1 日時点の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 1 神戸市内 <input type="checkbox"/> 2 他市区町村( )		※2の場合、個人番号で所得情報を確認いたします。		個人番号	9	8	7	6	4	5	3	2	1	9	8	7
児童	氏名 フリガナ コウベ イチロウ 神戸 一郎	生年月日 平成 6 年 7 月 30 日 令和	続柄 子	同居別居の別 <input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	監護の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	生計関係 <input checked="" type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	別居の児童の住所(海外留学の場合の出国年月) <input type="checkbox"/> 住所は別添申立書のとおり( 年 月)										
	フリガナ	生年月日	続柄	同居別居の別	監護の有無	生計関係	<input type="checkbox"/> 住所は別添申立書のとおり( 年 月)										
	フリガナ	生年月日	続柄	同居別居の別	監護の有無	生計関係	<input type="checkbox"/> 住所は別添申立書のとおり( 年 月)										
	フリガナ	生年月日	続柄	同居別居の別	監護の有無	生計関係	<input type="checkbox"/> 住所は別添申立書のとおり( 年 月)										
児童の兄弟等	氏名 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までに在る者)	生年月日	続柄	同居別居の別	監護相当の有無	生計費負担	別居の兄弟等の住所(海外留学の場合の出国年月) <input type="checkbox"/> 住所は別添確認書のとおり( 年 月)										
	フリガナ	生年月日	続柄	同居別居の別	監護相当の有無	生計費負担	<input type="checkbox"/> 住所は別添確認書のとおり( 年 月)										
振込先(請求者名義の口座)	金融機関名 あいうえ 銀行金庫組合	支店名 かきくけ 支店出張所	口座番号 1 2 3 4 5 6 7				請求者が加入している年金等の種類 1. 国家公務員共済 2. 厚生年金 3. 私立学校教職員共済 4. 地方公務員等共済 5. 国民年金 6. その他 ( ) 7. 未加入	(左記口座) 公金受取口座 登録の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 登録 <input type="checkbox"/> 未登録									
	店番号 1 2 3	口座名義(カタカナ) コウベ タロウ															

※太枠内のみ記入してください。

神戸市使用欄

支給開始年月: 令和 年 月

【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)

【不足書類】  ( )

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・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・障害手帳(写真有)・その他( )
	2点 健康保険証・住民票・児扶手証書・その他( )

児童手当 受付票

No.

この受付票は結果の通知が(受付印)あるまで大切に保管してください。

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

※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。

