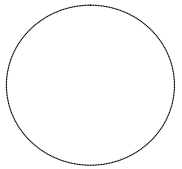


児童扶養手当認定請求書



横浜市長

児童扶養手当の受給の認定を受けたいので、関係書類を添え次のとおり請求します。

証書番号										請求年月日	令和 年 月 日				
フリガナ											生 年 月 日 昭和 平成 年 月 日 令和				
請求者氏名															
個人番号															
住 所	電話 ()										連絡先	()			
											自宅	()			
勤務先名称 及び所在地											養育費の 取決めの有無	無 ・ 有			
外国人の 場合の通称	※送付名に使用したい場合のみ記入してください。										あなたの障害の 有無及び区分	無 ・ 有 (身体・知的・精神)			
公的年金 (遺族補償) 受給状況	1 受けることができる } 年金の種類 () 年額 (円) 2 支給停止 } 基礎年金番号・年金コード (-) 3 受けることができない														
振込希望 金融機関	銀行 信金 農協 信組	【支店コード: 】			普通 預金	口座番号									
		支店				口座名義 (カタカナ)									
児童及び児童の父又は母との状況	フリガナ											生 年 月 日	続 柄	同別居	
	氏 名											平成 令和 年 月 日		同 居 別 居	
	個人番号														
	該当事由 (父又は母 との状況)	イ 離婚	ロ 死亡	ハ 障害									事由発生 年月日	平成 令和 年 月 日	孤 児
		ニ 生死不明	ホ 遺棄	ヘ 保護命令									支給要件 該当年月日	平成 令和 年 月 日	である でない
	ト 拘禁	チ 未婚の女子の子	リ その他												
	父又は母について	氏 名									生年月日	年 月 日			
	障害の有無	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神)													
	公的年金・遺族 補償又は年金 加算受給状況	1 受けることができる } 年金の種類 () 年額 (円) 2 支給停止 } 基礎年金番号・年金コード (-) 3 受けることができない													
	フリガナ											生 年 月 日	続 柄	同別居	
氏 名											平成 令和 年 月 日		同 居 別 居		
個人番号															
該当事由 (父又は母 との状況)	イ 離婚	ロ 死亡	ハ 障害									事由発生 年月日	平成 令和 年 月 日	孤 児	
	ニ 生死不明	ホ 遺棄	ヘ 保護命令									支給要件 該当年月日	平成 令和 年 月 日	である でない	
ト 拘禁	チ 未婚の女子の子	リ その他													
父又は母について	氏 名									生年月日	年 月 日				
障害の有無	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神)														
公的年金・遺族 補償又は年金 加算受給状況	1 受けることができる } 年金の種類 () 年額 (円) 2 支給停止 } 基礎年金番号・年金コード (-) 3 受けることができない														

裏面も記入してください。

児童及び児童の父又は母との状況	フリガナ					生 年 月 日		続 柄	同別居	
	氏 名					平成 令和 年 月 日			同 居 別 居	
	個人番号									
	該当事由 (父又は母との状況)	イ 離婚	ロ 死亡	ハ 障害	ニ 生死不明	ホ 遺棄	ヘ 保護命令	事由発生 年月日	平成 令和 年 月 日	孤 児 である でない
		ト 拘禁	チ 未婚の女子の子	リ その他						
	父又は母について	氏 名					生年月日			
障害の有無	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神)									
公的年金・遺族補償又は年金加算受給状況	1 受けることができる	2 支給停止			3 受けることができない			} 年金の種類 () 年額 (円) 基礎年金番号・年金コード (-)		

拘禁障害の父母について	フリガナ					生 年 月 日		
	氏 名					昭和 平成 年 月 日		
	障害の有無及び種別	無 有 (身体 知的 精神)	確 認 資 料	手 帳 診 断 書	身障手帳 等級 交付団体 No.			
	公的年金(遺族補償)受給状況	1 受けている	2 支給停止		3 受けることができない		} 年金の種類及び基礎年金番号・年金コード	拘禁終了(再診) 年 月 日
就労状況 別紙、父又は母の就労等に関する調書参照								

令和 年度 所得について	氏名 (続柄)	扶養親族等の人数	控除対象扶養親族数※	その他の児童数	所得額	政令第4条に定める控除額の合計	控除後の所得額
	請求者	年 月 日生				養育費 ()	
配偶者	年 月 日生 個人番号						
扶養義務者 ()	年 月 日生 個人番号						
扶養義務者 ()	年 月 日生 個人番号						
扶養義務者 ()	年 月 日生 個人番号						

※「控除対象扶養親族」とは、前年の12月31日時点で16歳以上19歳未満で一定の要件を満たした方をいいます。

備考	ひとり親医療費		区担当者	局担当者
	児童手当			
	特別乗車券			
<input type="checkbox"/> 住所確認済 <input type="checkbox"/> 所得確認済 <input type="checkbox"/> 16歳以上19歳未満確認済				