

<記入例>

吹き出しの内容を確認しながら記入し、提出してください。
請求者が市外住所の方は住所地で請求してください。

児童手当 認定請求書

厚生年金加入者はア
国民年金加入者はウ
に○をつけてください。（⑬も同様）

記入した日

提出年月日

※受付確認年月日

令和 6・ 9・ 2

令和 ・ ・

※認定・却下年月日

※支給開始年月

請 求 者	①（ふりがな）	うれしの たろう										②性別	男 女		③生年月日	昭和・平成 55・ 8・12			令和 6・ 9・ 2				令和 ・ ・														
	氏名 （法人名等）	嬉野 太郎										④職業	ア 被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者		⑤配偶者	有・無			いずれかに ○をつけてください。				令和 年 月 分 （令和 年 月 分）														
	⑥住所 （法人の主たる 事務所の所在地）	〒 849 -1411 嬉野市塩田町大字馬場下甲1769番地										屋間に連絡のつく番号を記入してください。 電話 090 (××××) ××××			1月1日時点の住所 （1～5月分は前年、 6～12月分は本年）			佐賀市○○・・・・				令和6年1月1日時点の住所が⑥の住所と異なる場合は記入してください。															
配 偶 者 等	⑦個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	⑧請求者の加入している 公的年金制度の種別	ア 厚生年金保険 イ．国民年金 ウ．その他（ ）			令和 年 月 日				円															
	⑩（ふりがな）	うれしの はなこ										⑫生年月日	昭和・平成 55・ 7・ 5			⑭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○印	控除対象配偶者 同一生計配偶者			⑮個人 番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	円				
	氏名	嬉野 花子										⑬職業	ア 被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者		1月1日時点の住所 （1～5月分は前年、 6～12月分は本年）			佐賀市○○・・・・				令和6年1月1日時点の住所が⑥の住所と異なる場合は記入してください。															
⑬児童の兄姉等 （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日までの間にある者）	⑪住所 （⑥と異なる場合）	佐賀市○○・・・・										⑫職業	ア 被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者		1月1日時点の住所 （1～5月分は前年、 6～12月分は本年）			佐賀市○○・・・・				令和6年1月1日時点の住所が⑥の住所と異なる場合は記入してください。															
	氏名	続柄	生 年 月 日	監護相当 の有無	生計費負担 の有無	同居・別居 の別	海外留学をしている 場合の出国年月	[注意] ⑬「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、本請求書と併せて「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。 （⑬児童の兄姉等と⑭児童の合計人数が3人以上の場合に限る。）										※児童との関係 該当する場合に○印				※第3子以降の 場合に○印				※3歳未満の 場合に○印				※左記以外の 場合に○印				※手当月額			
	嬉野 一子	子	平成 15・ 6・ 4	有・無	有・無	同・別	令和 年 月																														
	嬉野 二子	子	平成 17・10・ 5	有・無	有・無	同・別	令和 年 月																														
			平成 ・ ・	有・無	有・無	同	令和 年 月																														
⑭ 児 童	今年度中に（今年の4月1日～来年の3月31日の1 年間のうちに）19歳～22歳になる子がいれば、氏名 や続柄、生年月日等を記入してください。	続柄	生 年 月 日	監護の有無	生計関係	同居・別居 の別	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 該当する場合に○印				※第3子以降の 場合に○印				※3歳未満の 場合に○印				※左記以外の 場合に○印				※手当月額			
	嬉野 一郎	子	平成 18・ 5・ 3	有・無	同一・維持	同・別	令和 年 月	佐賀市・・・・										・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母				（月額30,000円）				（月額15,000円）				（月額10,000円）				円			
	嬉野 二郎	子	平成 20・ 4・ 2	有・無	同一・維持	同・別	令和 年 月	受給者と児童が別居の 場合は、別居監護申立 書の提出をお願いします。										・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母				（月額30,000円）				（月額15,000円）				（月額10,000円）				円			
	0歳～高校生年代の子（平成18年4月2日以降に生まれた人） について記入してください。		平成 ・ ・	有		同・別	令和 年 月											・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母				（月額30,000円）				（月額15,000円）				（月額10,000円）				円			
	児童手当の振込先です。 請求者の方の口座についてご記入いただき、 通帳の支店名が確認できるページのコピーを添付してください。 通帳がない場合は、カードのコピーを添付してください。		平成 ・ ・	有・無	同一・維持	同・別	令和 年 月											・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母				（月額30,000円）				（月額15,000円）				（月額10,000円）				円			
⑮支払希望 金融機関	名称	預金種別	支店コード	支店名	口座番号	口座名義	※合計月額																						円								
	〇〇 銀行 金庫 信組 農協 漁協	普通・当座	0 0 1	〇〇 支 店	1 2 3 4 5 6 7	ウ レ シ ノ タ ロ ウ																															

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。