

# 記入例（児童手当）

※太枠欄を漏れなくご記入ください。

※2枚目は子ども医療費助成の申請書になっています。

申請日（記入日）を記入してください。

豊島区長

## 児童手当 認定／額改定（増額）請求書

令和6年 9月 1日		※記名・押印に代えて、署名することができます。 ※ボールペンで強くはっきりとご記入ください。						
※認定審査および医療給付に関して、私の世帯の公簿等を調査することに同意します。		※公務員の方の児童手当は職場での申請になりますので、手続きについては勤務先にお問い合わせください。						
※請求者が主たる生計維持者であることに相違ありません。								
請求者（生計中心の方）	ふりがな	としま たろう	生年月日	昭和60年 1月 1日	担当	（ ）		
	氏名	① 豊島 太郎	児童との続柄	② ・母・その他（ ）	個人番号	1234 5678 〇〇		
	住所	豊島区 南池袋2-45-1	電話	自宅 03 (△△△△) 携帯 090 (××××)	加入年金	③ 厚生年金(以下い) <input checked="" type="checkbox"/> 民間企業 <input type="checkbox"/> 私立学等 2.国民年金 3.未加入		
	前年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入) 1.区内別住所 2.豊島区外( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 3.海外 ( )	職業	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員、公務員(独立行政法人勤務) <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト、無職 <input type="checkbox"/> 公務員(独立行政法人以外勤務)	勤務先名称	うさぎ商事(株)	配偶者有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	本年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入) 1.区内別住所 2.豊島区外( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 3.海外 ( )	支払希望金融機関	豊島 信用金庫 池袋西口 支店 出張所 支店番号 001 普通預金口座番号 123	請求者名義口座	トシマ タロウ	②	
	前年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入) 1.区内別住所 2.豊島区外( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 3.海外 ( )	職業	<input type="checkbox"/> 会社員、公務員(独立行政法人勤務) <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 公務員(独立行政法人以外勤務)	勤務先名称			
	本年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入) 1.区内別住所 2.豊島区外( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 3.海外 ( )	職業	<input type="checkbox"/> 会社員、公務員(独立行政法人勤務) <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 公務員(独立行政法人以外勤務)	勤務先名称			
	前年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入) 1.区内別住所 2.豊島区外( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 3.海外 ( )	職業	<input type="checkbox"/> 会社員、公務員(独立行政法人勤務) <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 公務員(独立行政法人以外勤務)	勤務先名称			
	本年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入) 1.区内別住所 2.豊島区外( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 3.海外 ( )	職業	<input type="checkbox"/> 会社員、公務員(独立行政法人勤務) <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 公務員(独立行政法人以外勤務)	勤務先名称			
	前年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入) 1.区内別住所 2.豊島区外( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 3.海外 ( )	職業	<input type="checkbox"/> 会社員、公務員(独立行政法人勤務) <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト <input checked="" type="checkbox"/> 公務員(独立行政法人以外勤務)	勤務先名称			

① 請求者について記入してください。  
◇生計中心の方を記入してください。  
・1月1日の住所の欄は前年1月1日の住所、本年1月1日の住所の2年分を記入してください。

② 振込先の金融機関について記入してください。  
・請求者名義のものに限ります。通帳に記載されている名義を正確に記入してください。  
・一部取扱いができない金融機関があります。  
・すでに児童手当を受給中で額改定（増額）請求（第2子が出生した等）の場合は、支払希望金融機関の欄は記入不要です。

③ 配偶者について記入してください。  
・個人番号（マイナンバー）は他自治体在住の場合も記入してください。  
・1月1日の住所の欄は前年1月1日の住所、本年1月1日の住所の2年分を記入してください。

④ 児童の兄弟等について記入してください。  
※18歳に達する日以後の最初の3月31日から22歳に達する日以後最初の3月31日までの間のかたを全員記入してください。  
・氏名、ふりがな、生年月日を記入してください。  
・続柄の欄に○印をしてください。続柄が「子」以外の場合は（ ）欄に記入してください。  
・同居別居の欄に○印をしてください。別居の場合は子の住所の欄に住所を記入してください。  
・監護相当の有無の欄に○印をしてください。  
請求者が児童の兄弟等の監護に相当する日常生活上の世話をしている場合は「有」。同居、別居は問いません。  
・生計費の負担の有無の欄に○印をしてください。  
生活費や学費などの生計費を負担している場合は「有」。

⑤ 児童について記入してください。 ※18歳に達する日以後の最初の3月31日までの児童を全員記入してください。  
・氏名、ふりがな、生年月日を記入してください。  
・続柄の欄に○印をしてください。続柄が「子」以外の場合は（ ）欄に記入してください。  
・監護（養育）の有無の欄に○印をしてください。  
請求者が児童を監督保護している場合は「有」。同居、別居は問いません。  
監護（養育）「無」の場合は、その児童についての児童手当は受給できません。  
・生計関係の欄に○印をしてください。  
続柄が「子」の場合は「同一」、続柄が「子」以外の場合は「維持」に○印をしてください。  
・加入保険被保険者の欄に○印をしてください。  
加入している、または加入予定の健康保険の被保険者に○印をしてください。被保険者が父母以外の場合は、（ ）欄に記入してください。

事務処理欄  
【申請区分】  
出生・転入  
増額・受変  
15日特例  
通知  
転出予定日  
前住所・担当  
【児手不足】  
決定区分  
認定

備考

宛  
配宛

認定番号

請求者・配偶者

◇児童の中に別居されているお子さまがいる場合、続柄が「子」以外の場合（児童の父母以外が請求者・保護者の場合）、離婚前提別居の場合等は、本申請書以外に必要な書類がありますので、子育て支援課児童給付グループまでお問い合わせください。

# 記入例（子ども医療／2枚目）

申請日（記入日）を記入してください。

様式第2号（第7条の4関係）

※太枠欄を漏れなくご記入ください。

豊島区長

## 乳幼児・子ども・高校生等医療費助成制度 交付申請書

※お客様控えではなく医療費助成制度の交付申請書です。必ずご提出ください。

※記名・押印に代えて、署名することができます。※ボールペンで強くはっきりとご記入ください。

令和6年9月1日

・認定審査および医療給付に関して、私の世帯の公簿等を調査することに同意します。  
・請求者（保護者）が主たる生計維持者であることに相違ありません。

保護者（生計中心の方）	ふりがな	としま たろう		生年月日	昭和60年 1月 1日		担当（
	氏名	① 豊島 太郎		児童との続柄	◎ 母 ・ その他（		個人番号
	住所	豊島区 南池袋2-45-1		電話	自宅 03 (△△△△) 携帯 090 (××××)		個人番号
	前年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入)		都道府県	市区町村	3.海外	個人番号
	本年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入)		都道府県	市区町村	3.海外	個人番号
職業	<input checked="" type="checkbox"/> 会社員、公務員（独立行政法人勤務） <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト、無職 <input type="checkbox"/> 公務員（独立行政法人以外勤務）		勤務先名称	うさぎ商事（株）		配偶者の有無	

①請求者・保護者について記入してください。  
◇原則、生計中心の方を記入してください。  
※生計中心者が豊島区外に住居記録を置いている場合は、医療証の保護者は児童と同居している配偶者となります。詳しくはお問い合わせください。  
・個人番号（マイナンバー）は他自治体在住の場合も記入してください。  
・1月1日の住所の欄は前年1月1日の住所、本年1月1日の住所の2年分を記入してください。

配偶者等	認定審査および医療給付に関して、公簿等を調査することに同意します。			個人番号	9876 5432 ○○	
	ふりがな	としま はなこ		生年月日	昭和60年 12月 31日	
	氏名	② 豊島 花子		電話	自宅 03(△△△△) 携帯 090(××××)	
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居先住所	職業	<input type="checkbox"/> 会社員、公務員（独立行政法人勤務） <input type="checkbox"/> 自営業、パート、アルバイト、無職 <input checked="" type="checkbox"/> 公務員（独立行政法人勤務）	
	前年1月1日の住所	(上記と異なる場合に記入)		都道府県	市区町村	3.海外

②配偶者について記入してください。  
・個人番号（マイナンバー）は他自治体在住の場合も記入してください。  
・1月1日の住所の欄は前年1月1日の住所、本年1月1日の住所の2年分を記入してください。

③ 児童	ふりがな	生年月日	続柄	同居別居	加入保険の被保険者	子の住所(別居の場合)	児童今回事務申請
	氏名	豊島 そめふく	子	◎ 同居	◎ 母		
	としま そめふく	令和2年2月1日	( )	◎ 別居	( )		
	としま たろう	令和4年3月1日	( )	◎ 別居	( )		

③児童について記入してください。 ※18歳以下の児童全員を記入してください。  
・児童氏名、ふりがな、生年月日を記入してください。  
・続柄の欄に○印をしてください。続柄が「子」以外の場合は（ ）欄に記入してください。  
・同居別居の欄に○印をしてください。別居の場合は子の住所の欄に児童の住所を記入してください。  
・加入保険被保険者の欄に○印をしてください。  
加入している、または加入予定の健康保険の被保険者に○印をしてください。  
被保険者が父母以外の場合は（ ）欄に記入してください。  
・医療証の交付を希望される児童の保険証表面コピーを添付してください。  
出生の場合は、○印をした加入予定の保護者保険証の表面コピーを添付していただき、後日児童の保険証ができましたら、コピーを提出してください。  
◇児童の中に別居されている18歳以下のお子さまがいる場合は、原則、お子さまが住んでいる自治体にて子ども医療証の交付申請をしてください。豊島区内で別居している場合は、子育て支援課児童給付グループまでお問い合わせください。

【申請区分】	出生・転入	【不足書類欄】	<input type="checkbox"/> 健康保険証（父・母・） <input type="checkbox"/> 2か月 遡及なし説明済 <input type="checkbox"/> 子どもの保険証後日提出案内 <input type="checkbox"/> 後日千申請（2か月 遡及案内済） <input type="checkbox"/> 2枚交付済（年度更新時期） <input type="checkbox"/> 未反映（住記・国保）
--------	-------	---------	--

【医療費助成書類】	有 ・ 無
医療証	作成日 年 月 日 窓・郵 送

備考	
----	--

宛	配宛
---	----

交付	二次審査	検査
----	------	----