

豊島区長															児童手当 認定／額改定（増額）請求書										受付年月日																																		
年 月 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。 ※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。																																												
・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										生年月日					年 月 日					担当（ ）																																						
	氏 名										児童との続柄					父 ・ 母 ・ その他（ ）																																											
	住 所										豊島区					電話					自宅（ ） 携帯（ ）																																						
	前年1月1日の住所										(上記と異なる場合に記入)					市区町村					3.海外																																						
	本年1月1日の住所										(上記と異なる場合に記入)					市区町村					3.海外																																						
	加入年金										1 厚生年金 2 国民年金 3 未加入 4 その他（ ） ※1のうち、以下の共済組合の組合員である場合は☑をしてください。 ☐私立学校教職員共済 ☐地方公務員等共済 ☐国家公務員等共済					配偶者					有 ・ 無																																						
	加入年金が国家・地方公務員共済の方は勤務先を記入										勤務先:					連絡先:																																											
	☐ 公金受取口座を利用します。 ※利用する方のみチェックを入れてください。公金受取口座を利用する場合は支払希望金融機関は不要です。																																																										
	支払希望金融機関										銀行 信用金庫 信用組合					支店 出張所					普通預金口座番号																																						
	請求者名義口座																																																										
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																																											
	ふりがな										生年月日					年 月 日					電話																																						
	氏 名																				自宅（ ） 携帯（ ）																																						
	住 所										☐同居 別居先住所 ☐別居					職 業					☐ 会社員、公務員（独立行政法人勤務） ☐ 自営業、パート、アルバイト、無職 ☐ 公務員（独立行政法人以外勤務）																																						
	前年1月1日の住所										(上記と異なる場合に記入)					市区町村					3.海外																																						
	本年1月1日の住所										(上記と異なる場合に記入)					市区町村					3.海外																																						
児童の兄弟等（大学生年代の子）	ふりがな										氏 名					生年月日					続柄					同居別居					監護相当の有無					生計費負担の有無					子の住所（別居の場合）																		
																					子（ ）					同別国外					(有) (有)																												
																					子（ ）					同別国外					(有) (有)																												
																					子（ ）					同別国外					(有) (有)																												
児童	ふりがな										氏 名					生年月日					続柄					同居別居					監護の有無					生計関係					加入保険の被保険者					子の住所（別居の場合）					児手今回申請								
																					子（ ）					同別国外					(有) (有)					同一 父・母																							
																					子（ ）					同別国外					(有) (有)					同一 父・母																							
																					子（ ）					同別国外					(有) (有)					同一 父・母																							
																					子（ ）					同別国外					(有) (有)					同一 父・母																							
事務処理欄	【申請区分】										【不足書類欄】										【マイナンバーカード】										【本人確認】										【所得・国保・住記・住ネ】																		
	出生・転入										☐健康保険証（父・母・ ） / ☐監護事実の同意書 /										☐マイナンバーカード ☐その他（ ）																																						
	増額・受変一保護変（済・未）										☐未申告（父・母） / ☐（入寮）監護申立書 /										☐在留カード ☐免許証 ☐マイナンバーカード																																						
	15日特例：適 ・ 否										☐個人番号変更届 / ☐（入寮）在学証明書 /										☐パスポート ☐手帳 ☐その他（ ）																																						
	転出予定日（ / / ）										☐住記続柄変更 / ☐同居父母申立書 /																																																
	転出予定日（ / / ）										☐振込口座 / ☐ /																																																
	前住所・担当（ ）										☐第三子加算確認書 / ☐ /																																																
	【児手不足書類】有 ・ 無										【同時申請】 児・子・扶・育・親																																																
	決定区分										認定 ・ 却下										開始（改定）年月										年 月 ～【説明済】										翌年度現況届 要（ ） ・ 不要																		
備考	・来庁者〔母・父・ 〕																																																										
【宛】																																																											
配宛																																																											
認定番号																																																											
☐請求者・配偶者は 年1月1日時点で、日本に住民登録がなく住民税は課税されていません。																																																											
一次審査 二次審査 入力 三次審査 交付 二次審査 検査																																																											

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										受付年月日	
年 月 日															※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。											
・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					生年月日					年 月 日					担当()										
	氏 名					児童との続柄					父 ・ 母 ・ その他 ()															
						個人番号																				
	住 所					豊島区					電 話		自宅 ()													
											携 帯		()													
	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		□ 会社員、公務員(独立行政法人勤務)													
	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							□ 自営業、パート、アルバイト、無職													
													□ 公務員(独立行政法人以外勤務)													
											配偶者					有・無										
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															
	ふりがな					生年月日					年 月 日					電 話		自宅 ()								
	氏 名					年 月 日					携 帯		()													
	住 所					□同居 □別居 別居先住所					職 業		□ 会社員、公務員(独立行政法人勤務)													
													□ 自営業、パート、アルバイト、無職													
												□ 公務員(独立行政法人以外勤務)														
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																					
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																					
児童 (18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)	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)									
	氏 名					年 月 日					子・同別国外		父・母		()											
											↑各項目に○印をしてください。		個人番号													
						年 月 日					子・同別国外		父・母		()											
											↑各項目に○印をしてください。		個人番号													
						年 月 日					子・同別国外		父・母		()											
											↑各項目に○印をしてください。		個人番号													
						年 月 日					子・同別国外		父・母		()											
											↑各項目に○印をしてください。		個人番号													
事務処理欄	【申請区分】															マイナンバーカード □マイナンバーカード □その他()										
	出生・転入					□マイナ保険証(父・母・子・) □健康保険証(父・母・子・) □資格確認書(父・母・子・) □資格情報のお知らせ(父・母・子・) □2か月連続なし説明書 □子ども1人1枚制度等提出案内書 □母子手帳(2か月連続なし説明書)										□既不在 □公務員・別居・マル君のみ □8校交付済 □年度更新・資格切替時期 □未保険(作記・同席) □					本人確認 □マイナンバーカード □免許証 □マイナンバーカード □パスポート □手帳 □その他()					
																公簿確認 □所得 □国保 □住記 □住ネ										
						【同時申請】 児・子・扶・育・親										取得年月日(出生は予定日) ()										
	医療証 作成日 年 月 日 都・県 交付日 年 月 日																									
備考																・来庁者[母・父・]										
	宛															交付 二次審査 検査										
配宛																										

※太枠欄を漏れなくご記入ください。