

該当する申請種別に○をつけてください。  
ただし、請求者が公務員の場合は、子ども医療と出産応援給付金のみ○をつけてください。

請求者は生計中心者の方となります。  
(額改定の場合は児童手当を受給されている方となります。)

請求者の住所、日中連絡がつく連絡先、氏名、生年月日、児童との続柄、配偶者の有無をご記入ください。

請求者及び配偶者の1月1日の住所地（※）をご記入ください。

※5月～12月に申請する方は、申請した年の1月1日の  
住所地を記入してください。

※1月～4月に申請する方は、申請した年の前年の1月1日の住所地を記入してください。

額改定の場合、児童手当の振込先は記入不要です。

**請求者名義の口座を記入してください。** (児童手当  
と同じ振込先の場合も記入してください。)

ただし、児童手当と異なる振込先に振り込みを希望される場合、口座のコピー添付が必要です。

## 記入要領 (額改定)

**【かつしか出産応援給付金】**R5.4.1~  
0歳の児童が対象となります。  
1歳の誕生日の前日までに転入した児童も  
対象となります。

**障害の有無に○をつけてください**

障害がある場合は該当者に○をつけてください。  
障害がある場合、他の手当が申請できる場合があります  
ので、児童手当係にお問い合わせください。

婚姻歴がない場合は、  
未婚に✓をしてください。

申請種別	児童手当	子ども医療	○	額改定(増)	○	出産応援給付金	○	未婚に✓をしてください。		
提出年月日	令和〇年〇月〇日				フリガナ	カツシカ タロウ		児童との続柄		
請求者	住所	葛飾区立石〇丁目〇番〇-101号 〇〇マンション				氏名	葛飾 太郎		父 母・ 配偶者の有無	
	電話	090(0000)0000				生年月日	昭和55年12月31日		有無 (□未婚)	
請求者の状況	請求者の令和年 1月1日の住所	東京	都道府県	足立	区市町村	マイナンバー (個人番号)			障害の有無 有・無 (父・母・子)	
	配偶者の令和年 1月1日の住所	東京	都道府県	足立	区市町村	転入前住所 (転入で申請の方のみ)	都道府県	区市町村	転出証明書の 転出予定期	
	勤務先名称	〇〇〇〇株式会社								配偶者が公務員の場合は、配偶者の勤務先・連絡先をご記入ください。
	加入年金	未加入・国民	厚生・共済(公務員)	(配偶者が公務員の場合) 配偶者の勤務先:						
	児童手当	銀行・信用組合 信用金庫・農協								口座番号
	振込口座 (額改定は記入不要)									□公金受取口座
	□指定の口座	預金種別	普通・当座	銀行コード		支店番号		口座名義人(カタカナで記入)		
	かつしか出産応援給付金	銀行・信用組合 信用金庫・農協								口座番号
	振込口座									預金種別
	氏名	生年月日	年齢	統柄同・別居		監護の有無		マイナンバー(個人番号)		
フリガナ	カツシカ ハナコ				妻 同					
葛飾 花子	S60年10月10日				夫 別					
フリガナ	カツシカ サクラ	○	子	同	有	同	認定区分			
葛飾 さくら	R6年4月1日				無	離	医療更新・2枚			
							住民コード			
							受給者番号			
							即			
							下			

◆添付書類(額改定)◆

添付書類(額改定) ◀ ◀ ※窓口で申請する場合はコピーではなく原本をご提示ください

#### ①請求者の健保証券等のコピー

(国家公務員共済組合員証（日本郵政共済組合員証を含む）または地方公務員等共済組合員証をお持ちの方のみ)

## ②児童の加入予定の健康保険証等のコピー

③預金通帳またはキャッシュカードのコピー  
請求者名義のもの（公金受取口座を指定する場合は不要）

児童手当………①の提出が必要です

児童手当：①の提出が必要です  
子ども医療証：②の提出が必要です

かつしか出席手帳給付金……③の提出が必要です。

※ ①、②の健康保険証等とは、健康保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルからダウンロードできる「医療保険の資格情報」のPDF画面のことです。

申請を窓口でする場合は、これらのほかに、マイナポータルの保険資格情報画面も含まれます。

対象児童の欄は、請求者の方が養育している2歳までのお子さんを全員記入してください。		同	維持	同	維持	父母と児童の生計が同じなら〔同〕、 父母以外の方が児童を養育している場合は〔維〕に ○を付けてください。	
児童の健康保険証の内容を記入してください。 (出生の場合は加入予定の保険証の内容を記入してください。)		同	有	同		経済的、精神的に児童の面倒をみている状態に あれば、有に○をつけてください。	
氏名 <b>葛飾 太郎</b>		保険者番号・保険者名称 全国健康保険協会				年月	支部
〇〇	番号 <b>△△△△</b>	資格取得年月日 <b>R6・4・1</b>	1	2	3	4	〇〇〇〇〇 国保・国組 健康保険組合 共済組合
提出する方が署名をしてください。							
<b>葛飾 太郎</b>		療証受領					