

父母のうち、 市内在住の児童手当受給者 が申請者です。 ※市外別居の場合は お子様と同居の保護者		出生 転入(/) <input checked="" type="checkbox"/> 額改定 1月1日時点 市内 年度切替 市外()		その他()		配偶者の有無に○をつけ 氏名等を記入してください	
児童手当受給者		個人番号は記入不要です。 (配偶者も同様)					
① 申請者		いなぎ なしのすけ 稻城 梨之助		配偶者		いなぎ はなこ 稻城 花子	
生年月日		昭和・平成 ●●年 ●月 ●		氏名		生年月日	
個人番号				ふりがな		昭和・平成 ●●年 ●月 ●	
住所		稲城市 東長沼2111 ●●マンション101 電話 042 (378) 2111		氏名		個人番号	
支払希望金融機関		金 融 機 関 名		支 店 名		種 類	
						口座番号 (右詰)	
						口座名義 (カタカナでご記入ください)	
上の子様で登録済みですので、口座情報の記入は不要です。							
③ 助成対象児童		ふりがな 氏名		続柄		生年月日	
		いなぎ さぶろう 稻城 三郎		子 その他()		●年 ●月 ●日	
				平成 令和		同居別居の別	
						住所 (申請者と別居の場合のみ記入)	
						監護の有無	
						生計関係	
						有・無 同一・維持	
						維持	
④ 加入保険の状況		上のお子様と同じ保険に加入する場合は、記入不要です。				児童の面倒を見ていれば「有」に○ 児童が申請者の子であれば「同一」に○	
						維持	
手児当童		稲城市における児童手当受給者		受給中		申請中	
保険証確認		被保険者記号・番号		△△△△番号		受給なし(公務員・保護者市外)	
認定済み児童と同一		被保険者等氏名		稻城 梨之助			
		申請者との続柄		本人・配偶者・その他()			
		保険者番号(右詰)		■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■			
		保険者名		1 稲城市国民健康保険 又は ()国民健康保険組合 2 ()健康保険組合 3 全国健康保険協会 ()支部 4 ()共済組合 5 その他()			
		保険者所在地		東京都○○市△△ 1-1			

◎裏面の注意をよく読んでから、太線内のみ記入してください。字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

/	子の保険		/	口座		/	同意書		受付	収受
/			/			/				
/	個人番号	本人	一点	個カ・免許・旅券・住カ・在カ()			確認者			
			二点	保険証・社員証・医療証・手当証書()						
	番号	個カ・通カ・住民票・その他()								