

出生 転入(/) 額改定 年度切替 その他()
1月1日時点 市内 ・ 市外()
児童手

請求者の個人番号を記入してください(本人確認書類が必要です)

配偶者の有無に○をつけ
氏名等を記入してください

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

就学
いなぎ なしのすけ

のの有無
ふりがな

京証入 市外別居

有・無
いなぎ はなこ

①
申請者
氏名
稲城 梨之助
生年月日
昭和 平成 ●● 年 ● 月 ● 日
個人番号
●●●●●●●●●●●●●●●●
住所
稲城市 東長沼2111
●●マンション101
電話 042(378) 2111

偶
氏名
稲城 花子
生年月日
昭和 平成 ●● 年 ● 月 ● 日
個人番号
●●●●●●●●●●●●●●●●
同居別居
の別 同居 別居(住所)

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)

銀行 信金 農協 信組 支店 普通預金 ●●●●●●●●●●●●●●●● イナギ ナシノスケ

ふりがな 氏名 続柄 申請者または配偶者の普通預金口座をご指定ください

いなぎ たろう 子 平成 ●● 年 ● 月 ● 日 同居 有・無 同一・維持
稲城 太郎 令和 別居
いなぎ じろう 子 平成 ●● 年 ● 月 ● 日 同居 有・無 同一・維持
稲城 次郎 令和 別居
高校生以下の児童が対象です 子 平成 ●● 年 ● 月 ● 日 同居
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○

③
助成対象児童
稲城市における児童手当受給状況(○で囲む) 受給中 ・ 申請中 ・ 受給なし(公務員・保護者市外)

④
加入保険状況
被保険者 記号 番号
被保険者等氏名 稲城 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 東京都〇〇市△△1-1

お子さんの健康保険証の情報を記入してください
(出生直後の場合は加入予定の保護者の保険証の情報)
健康保険 有効期限 ○年○月○日
被保険者証(家族) 資格取得年月日 ○年○月○日
記号 △△△△ 番号 ▲▲▲▲
氏名 稲城 太郎
生年月日 ○〇年7月1日
被保険者 稲城 梨之助
住所 稲城市東長沼2111-101
保険者番号 ■■■■■■■■■■

◎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(かいしよ)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
/		/				確認者	
/	個人番号	本人	一点 個力・免許・旅券・住力・在力() 二点 保険証・社員証・医療証・手当証書()	番号	個力・通力・住民票・その他()		