

※赤枠内をボールペンでご記入ください

児童手当 認定請求書

提出年月日
令和 . .

※受付確認年月日
令和 . .

請 求 者	①（ふりがな） 氏名 （法人名等）	行橋市長 殿		②性別	男・女	③生年月日	昭和 . . . 平成 . . .	④職業	勤務先 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤配偶者	有 無	⑦個人番号			
	⑥住所 （法人の主たる 事務所の所在地）	〒824 - 行橋市 中央一丁目1番1号		電話 123 (4567) 8999		1月1日時点の住所 1～5月分は前年 6～12月分は本年		(左欄と異なる場合に記入してください) ア.被用者…会社員など イ.公務員…国家公務員共済、地方公務員共済の場合 ウ.被用者でない者…その他							
	⑧請求者の加入 している公的年金 制度の種類別	ア.厚生年金保険 イ.国民年金 ウ.その他（ ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		⑩支払希望 金融機関	名称 銀行 普通・ 金庫 当座 協同 当座		支店コード								
配 偶 者 等	⑩（ふりがな） 氏名	旧受給者氏名		⑫生年月日	昭和 . . . 平成 . . .	⑬連絡先	987 (6543) 2111	⑭職業	勤務先 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑮個人番号					
	⑪住所 （⑥と異なる場合）	〒 -		生計費負担：請求者がお子さまの生活費等を負担をしていること		1月1日時点の住所 1～5月分は前年 6～12月分は本年		(左欄と異なる場合に記入してください) 都道府県 市区町村 国外							
	⑯児童の兄姉等 （18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22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 氏名	続柄	生年月日	⑯監護相当の有無	⑰生計費負担の有無	同居・別居 の別	海外留学をしている 場合の出国年月	[注意] ⑯「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」 の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての 確認書」をご提出ください。 （⑯児童の兄姉等と⑰児童の合計人数が3人以上の場合に限る。）					
⑰ 児 童	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	⑯監護の有無	⑰生計関係	同居・別居 の別	海外留学をしている 場合の出国年月	住所 （別居の場合）	※児童との関係 該当する場合に ○印	※第3子以降の 場合に○印	※3歳未満の 場合に○印	※左記以外の 場合に○印	※手当月額		
	ゆきはし はなこ 行橋 花子	妻の子	平成 20・5・24	有・無	有・無	同・別	令和 . .		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円		
				有・無	有・無	同・別	令和 . .		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円		
				有・無	有・無	同・別	令和 . .		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円		
				有・無	有・無	同・別	令和 . .		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円		
※審査	⑱請求者の控除対象配偶者または同一生計配偶者の場合に○印			⑲所得の状況（令和7年度分所得額）				※認定・却下年月日		※支給開始年月		※合計月額			
	控除対象配偶者 . 同一生計配偶者			(請求者) 円 (配偶者) 円				令和 . .		令和 . 年 . 月 . 分		円			

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。