

様式第2号（第1条の4関係）
（あて先）豊中市長

児童手当 認定請求書

無職の人は「無」と記入してください。

▲年▲月▲日

受付No.				
審査				
認定・却下				
年				
月				
日				
支給開始				
年				
月				
3歳未満				
3歳以上				
第3子以降				
合計				

請求者	フリガナ	トヨナカ ミライ	性別	男	生年月日	▲年▲月▲日	職業	1. 公務員	勤務先名	とよなか(株)	電話番号	自宅 ▲▲▲(▲▲▲)▲▲▲▲ 携帯 ▲▲▲(▲▲▲)▲▲▲▲
	名前	豊中 未来		女		▲年▲月▲日		2. その他				
	住所	豊中市 中桜塚3-1-1			1月1日時点の住所（1～7月分は前年、8～12月分は本年）	●●市●●町▲一▲	転入日	▲年▲月▲日	配偶者の有無	個人番号(12ケタ)	012	
配偶者	フリガナ	トヨナカ キボウ	性別	男	生年月日	▲年▲月▲日	職業	1. 公務員	勤務先名	みらい(株)	123456789012	
	名前	豊中 希望		女		▲年▲月▲日		2. その他				
	住所	請求者と同じ			監護相当の有無は、監護に相当する日常生活上の世話及び必要な保護をしている場合、“有”に“○”をしてください。							

令和6年10月以降転入された方のみ記入してください。

監護相当の有無は、監護に相当する日常生活上の世話及び必要な保護をしている場合、“有”に“○”をしてください。

生活費負担の有無は、受給者の収入により子の日常生活の全部又は一部を営んでおり、かつこれを欠くと通常の生活水準を維持することができない場合、“有”に“○”をしてください。

現在海外留学中であれば、出国年月を記入してください。

生計関係は、父または母が請求者の場合は“同一”に、父または母以外の方が請求者で、かつ生計を営んでいる場合は“維持”に“○”をしてください。

監護の有無は養育していれば、“有”に“○”をしてください。

児童福祉施設・旧身体障害者更生援護施設等に入所していなければ“無”に“○”をしてください。

児童の兄姉等（18歳に達する日以降の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日の最初の3月31日までの間にある者全員）	フリガナ	トヨナカ ケンキ	続柄	子	生年月日	▲年▲月▲日	同居・別居	有・無	有・無	有・無	海外留学の場合	出国年月	年	月
	名前	豊中 げんき												
児童マ18歳以下の養育している児童全員	フリガナ	トヨナカ ユメ	続柄	子	生年月日	▲年▲月▲日	同居・別居	有・無	有・無	有・無	海外留学の場合	出国年月	年	月
	名前	豊中 ゆめ												
	フリガナ	トヨナカ ユウキ	続柄	子	生年月日	▲年▲月▲日	同居・別居	有・無	有・無	有・無	海外留学の場合	出国年月	年	月
	名前	豊中 ゆうき												

振込先	口座名義（カタカナ）	トヨナカ ミライ	金融機関名	こども未来 銀行 信金	市役所前	支店	支店コード	年金・口座・健保	申立（別・確・主・住・同・意（所・D）未（戸籍）・父母（所得証明（受・配）受・配	入年金等の種類	厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他	被用者	非被用者
	種目	普通	口座番号	1	2	3	4	5	6	7			

※公金受取口座を利用する場合は振込先の記入は不要です。

以下の内容に同意し、児童手当を請求します。
受給資格等審査のために必要があるときは、児童の父及び母（父・母以外が請求者の場合は請求者を含む）の所得について、市民税課税台帳等により確認すること。
本手当の支給に関する処分に関し必要があると認めるときは、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは受給資格者の雇用主その他の関係者に対し、必要な事項の報告を求めること。
審査の結果、請求者と配偶者の所得が逆転していた場合、その旨を通知し、請求者の変更を求めること。

年金・口座・健保	申立（別・確・主・住・同・意（所・D）未（戸籍）・父母（所得証明（受・配）受・配	入年金等の種類	厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他	被用者	非被用者	前市転出予定日	年	月	日	確認者（	消滅日（主宰者変更の場合）	（	）より	年	月	日	確認者（	）	受付者	
年金・口座・健保	申立（別・確・主・住・同・意（所・D）未（戸籍）・父母（所得証明（受・配）受・配	入年金等の種類	厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他	被用者	非被用者	前市転出予定日	年	月	日	確認者（	消滅日（主宰者変更の場合）	（	）より	年	月	日	確認者（	）	受付者	
年金・口座・健保	申立（別・確・主・住・同・意（所・D）未（戸籍）・父母（所得証明（受・配）受・配	入年金等の種類	厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他	被用者	非被用者	前市転出予定日	年	月	日	確認者（	消滅日（主宰者変更の場合）	（	）より	年	月	日	確認者（	）	受付者	

請求者の加入している年金に“○”をしてください。
※加入年金等の確認のため、年金加入証明書または健康保険証等のコピーの提出を求める場合がございます。

日以内の届出開始 月～

年金・口座・健保	申立（別・確・主・住・同・意（所・D）未（戸籍）・父母（所得証明（受・配）受・配	入年金等の種類	厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他	被用者	非被用者	前市転出予定日	年	月	日	確認者（	消滅日（主宰者変更の場合）	（	）より	年	月	日	確認者（	）	受付者	
年金・口座・健保	申立（別・確・主・住・同・意（所・D）未（戸籍）・父母（所得証明（受・配）受・配	入年金等の種類	厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他	被用者	非被用者	前市転出予定日	年	月	日	確認者（	消滅日（主宰者変更の場合）	（	）より	年	月	日	確認者（	）	受付者	
年金・口座・健保	申立（別・確・主・住・同・意（所・D）未（戸籍）・父母（所得証明（受・配）受・配	入年金等の種類	厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他	被用者	非被用者	前市転出予定日	年	月	日	確認者（	消滅日（主宰者変更の場合）	（	）より	年	月	日	確認者（	）	受付者	