

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。

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。

請求者のマイナンバーをご記入ください。

請求者名義の口座をご記入ください。
配偶者や児童の口座にはお振込できません。

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

下記のとおり、児童手当等及びかつしか出産応援給付金の請求
この申請の審査のため、私と私の世帯の税情報や、戸籍住民票
において保有している情報の提供を受けること及び戸籍住民票、
受給中に各健康保険から高額、家族療養費等が支給された場

【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	○												
提出年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 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 ○丁目 ○番 ○ー101号 ○○マンション						氏名	葛飾 太郎	父・母・ 配偶者の有無										
	電話	090 (0000) 0000 自宅・職場・携帯(本人・配偶者)						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	足立	区	市	町	村	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	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	足立	区	市	町	村	転入前住所 (転入で申請の方のみ)	東京	都	道	足立	区	市	町	村	転出証明書 の転出予定日	R 6・○・○
	勤務先名称	○○○○○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	振込口座 (額改定は記入不要)		☐ 公金受取口座		○○○		銀行		信用組合		葛飾支店		口座番号	1 1 1 1 1 1 1						
			☒ 指定の口座				信用金庫・農協						口座名義人(カタカナで記入)							
					預金種別		普通・当座	銀行コード		0000	支店番号		123	カツシカ タロウ						
かつしか出産応援給付金	振込口座				○○○		銀行		信用組合		葛飾支店		口座番号	1 1 1 1 1 1 1						
							信用金庫・農協						口座名義人(カタカナで記入)							
					預金種別		普通・当座	銀行コード		0000	支店番号		123	カツシカ タロウ						
配偶者	フリガナ	カツシカ ハナコ		生年月日	S60 年 10 月 10 日		年齢	続柄		同・別居	監護の有無	生計	留学の場合 の出国年月	個人番号						
		葛飾 花子			S60 年 10 月 10 日			妻		同	有	同		9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 1 2						
								夫		別	有	同		認定区分						
										同	有	同		医療更新・2枚						
	フリガナ	カツシカ サクラ		生年月日	R6 年 4 月 1 日		年齢	0		子	同	有	同	配偶者のマイナンバーをご記入ください。						
		葛飾 さくら			R6 年 4 月 1 日			子		同	有	同								
対象児童の欄は、請求者の方が養育している22歳までのお子さんを全員記入してください。														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〔雑〕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。)														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														葛飾 太郎		保険者番号・保険者名称		全国健康保険協会 支部		
番号														△△△△		資格取得年月日		R6・4・1		
1 2 3 4 1 2 3 4														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。														葛飾 太郎		療証受領				

◆ 添付書類 ◆

※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請求者の健康保険証等のコピー

(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 ③ の提出が必要です。

子ども医療証・・・・・・② の提出が必要です。

かつしか出産応援給付金・・・・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。