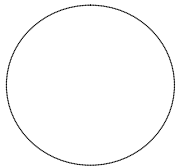


児童扶養手当額改定請求書



横浜市長

児童扶養手当の受給の認定を受けたいので、関係書類を添え次のとおり請求します。

証書番号								請求年月日	令和 年 月 日	
フリガナ								生年月日	昭和 年 月 日	
請求者氏名	Ⓜ							年月日	平成 年 月 日	
住所								連絡先	()	
								自宅	()	
勤務先名称及び所在地	電話 ()									
児童及び児童の父又は母との状況	フリガナ							生年月日	続柄	同別居
	氏名							平成 令和 年 月 日		同居 別居
	個人番号									
	該当事由 (父又は母との状況)	イ 離婚	ロ 死亡	ハ 障害				事由発生年月日	平成 令和 年 月 日	孤児 である でない
		ニ 生死不明	ホ 遺棄	ヘ 保護命令				支給要件 該当年月日	平成 令和 年 月 日	
	ト 拘禁	チ 未婚の女子の子	リ その他							
	父又は母について	氏名						生年月日	年 月 日	
	障害の有無	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神)								
	公的年金・遺族補償又は年金加算受給状況	1 受けることができる	2 支給停止		3 受けることができない		} 年金の種類 () 年額 (円) 基礎年金番号・年金コード (-)			
	フリガナ							生年月日	続柄	同別居
氏名							平成 令和 年 月 日		同居 別居	
個人番号										
該当事由 (父又は母との状況)	イ 離婚	ロ 死亡	ハ 障害				事由発生年月日	平成 令和 年 月 日	孤児 である でない	
	ニ 生死不明	ホ 遺棄	ヘ 保護命令				支給要件 該当年月日	平成 令和 年 月 日		
ト 拘禁	チ 未婚の女子の子	リ その他								
父又は母について	氏名						生年月日	年 月 日		
障害の有無	無 ・ 有 (身体 ・ 知的 ・ 精神)									
公的年金・遺族補償又は年金加算受給状況	1 受けることができる	2 支給停止		3 受けることができない		} 年金の種類 () 年額 (円) 基礎年金番号・年金コード (-)				
拘禁障害の父母について	フリガナ							生年月日		
	氏名							昭和 平成 年 月 日		
	障害の有無及び種別	無 有 (身体 知的 精神)	確認資料	手帳診断書	身障手帳交付団体		等級 No.			
	公的年金(遺族補償)受給状況	1 受けている	2 支給停止		3 受けることができない		} 年金の種類及び基礎年金番号・年金コード		拘禁終了(再診) 年 月 日	
							令和 年 月 日		請求が遅れた理由	
1月1日現在の住所 (年 月 日異動) 前証書番号 ()										
備考							ひとり親医療費		区担当者	局担当者
							児童手当			
							特別乗車券			

※記名押印に代えて署名することができます。