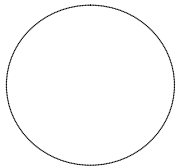


# 児童扶養手当額改定請求書



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 平成 年 月 日	
請求者氏名								連絡先	( )	
住所								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 ニ 生死不明 ト 拘禁	ロ 死亡 ホ 遺棄 チ 未婚の女子の子	ハ 障害 ヘ 保護命令 リ その他	事由発生年月日	平成 令和 年 月 日	支給要件該当年月日	平成 令和 年 月 日	孤児であるでない	
	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 ニ 生死不明 ト 拘禁	ロ 死亡 ホ 遺棄 チ 未婚の女子の子	ハ 障害 ヘ 保護命令 リ その他	事由発生年月日	平成 令和 年 月 日	支給要件該当年月日	平成 令和 年 月 日	孤児であるでない		
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			
						就労状況 別紙、父又は母の就労等に関する調書参照				
1月1日現在の住所 ( 年 月 日異動 ) 前証書番号 ( )								請求が遅れた理由		
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			