

申請を希望する手当てに
チェックをしてください。（表面）

記入例

千代田区長 殿

※受付確認年月日

- 児童手当 額改定認定請求書（額改定届）
- こども・高校生等医療証 交付申請書

以下のとおり、額の改定の請求・届出、こども・高校生等医療証の交付申請に際し必要な書類を提供すること及び
区が必要に応じて公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の確認並びに誤字脱字などの軽微な訂正・補
記を行うことに同意します。

提出年月日

令和●●●●

| | | | | | |
|-----|--------------------------------------|--|-------|--|--|
| 受給者 | （ふりがな） 氏名 （法人名等） | ちよだ たろう 千代田 太郎 | | 住所 （法人の主たる 事務所の所在地） | 千代田区 九段南1-2-●-△△△号室 電話 0×0（1234）5678 |
| | 性別 | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | 生年月日 | 加入している 公的年金制度の種別 （3歳未満の児童が 増額の原因になる 場合） | |
| 職業 | ア. 被用者 イ. 公務員（勤務先： ウ. 被用者等でない者 | 児童手当受給者の情報を | | 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 | |
| | 増額又は減額の別 | | 増額・減額 | | |

増額又は減額の原因となる児童

| 氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 監護の有無 | 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） |
|---------|----|----|--------|--|--|--|------------------|-----------|
| ちよだ あゆみ | | | | <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 | <input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 維持 | <input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居 | | |
| 千代田 歩 | 女 | 子 | R●・9・9 | <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 | <input type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 維持 | <input type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居 | | |

児童手当と医療証両方を申請希望の方
→太線枠内の記入不要欄以外すべてをご記入ください。

児童手当のみを申請希望の方
→ と の色の欄をご記入ください。

医療証のみを申請希望の方
→ と の色の欄をご記入ください。

児童手当の額の増額又は減額の原因となる児童の情報を記入してください。

記入不要

| | |
|--------|---|
| 増額した理由 | ア. 出生 イ. その他（ |
| 減額した理由 | ア. 死亡した イ. 監護しなくなった ウ. 生計を同じくしなくなった エ. 生計を維持しなくなった オ. 日本国内に住所を有しなくなった （留学を理由とするものを除く） カ. 未成年後見人でなくなった キ. 児童の兄弟等を監護相当の世話をしなくなった |

お子様の健康保険証の写し（資格確認書の写しでも可）を添付していただくので、この欄は記入不要です。
申請時点で保険証等ができていない場合などは、後日健康保険証の写し（資格確認書の写しでも可）をご提出ください。

| | | |
|-------------|-------|-------------------------------------|
| 児童が加入する医療保険 | 種別 | ①. 国保 2. 国保組合 3. 組合 4. 協会 5. 6. その他 |
| | 被保険者名 | |
| | 記号・番号 | |
| | 保険団体名 | |
| | 認定年月日 | |

記入不要

| | | | | | |
|------------|--|----------|--|-----------|--|
| 生活保護受給 | <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 | ひとり親医療助成 | <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 | 心身障害者医療助成 | <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 |
| 事由の発生した年月日 | R●・9・9 | | | | |

記入不要

児童手当について、お子様の出生に伴う増額申請の場合、こちらの欄には、お子様の生年月日を記入してください。
その他の理由の申請の場合は、増額又は減額となる事由の発生した年月日を記入してください。

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 太枠内の必要箇所を楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。
- こども・高校生等医療証の交付申請の場合は、「受給者」を「申請者」と読み替える。
- この申請書原本は、児童手当額改定請求書保存フォルダにあり。