

請求番号

来課者

本人 ・ 代理人

【認定番号

令和

年

月

日

保健こども課長 様

児童手当 受給状況確認書請求願

下記の理由により、児童手当の受給状況確認書を下記のとおり請求いたします。
なお、下記の使用目的以外には、使用いたしません。

記

(受給者について)

受給者氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日			
住所	〒 -								
電話番号	【自宅】 【携帯】								
必要期間	平成 ・ 令和	年	2 4 6 8 10 12	月支払	～	平成 ・ 令和	年	2 4 6 8 10 12	月支払
	※令和6年10月以前は、2月・6月・10月のみ請求できます。								
使用目的	ア 奨学金 イ 裁判所 ウ 金融機関 エ その他 ()								
交付方法	(窓 口) (区保健こども課・こども支援課) ・ (郵 送) ※郵送の場合、受給者宛となります								
確認書類	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他 ()								

(他世帯代理人について) 委任状添付 有り 無し

代理人氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
住所						
電話 (連絡先)	【自宅】 【携帯】					
受給者との続柄	配偶者 ・ その他 ()					
確認書類	運転免許証 ・ 健康保険証 ・ その他 ()					

※下の太枠内は窓口で受給状況確認書を交付されたときに記入してください。郵送の場合は記入不要です。

(受領)	
令和 年 月 日 確認書を受領しました。	
受取人氏名	確認書類
受給者との続柄	免・保・他 ()
本人 ・ 配偶者 ・ その他 ()	

受け取り日時	来課受取 令和 年 月 日 () 時頃来課予定
※郵送	※ 確認事項 返信用封筒 (切手付) ・ 送付日時 (/) ・ 本人連絡 (/)

不足書類	なし 身分証明書 (本人・代理人) ・ 委任状 ・ その他 ()
------	---

受付	発行