

(あて先) 枚 方 市 長
下記のとおり、届出（請求）いたします。

- ◎ 太枠内を記入してください。
- ◎ 裏面の説明をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は、楷書でよく書いてください。
- ◎ 「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。
(児童の兄弟等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)
- ※ 「児童の兄弟等」は、18歳に達する日以降の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある者をいいます。

記入例

提出年月日	○年○月○日		※「児童の兄弟等」とは、18歳に達する日以降の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある者をいいます。																							
請求者	フリガナ	ヒラカタ	タロウ	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	電話	072-841-1408								
	(生年月日○年○月○日)			住所	〒573-8666 大阪府枚方市大垣内町2丁目1番2号												携帯	080-○○○-××××								
配偶者	フリガナ	ヒラカタ	ハナコ	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	ア.被用者:会社員 イ.被用者等でない者:自営業者、学生、無職、夫の扶養など ウ.公務員:公務員(ただし、非常勤職員は「被用者」)					職業	ア.被用者 イ.被用者等でない者 ウ.公務員 勤務先名称 枚方市役所							
	(生年月日○年○月○日)			住所	*請求者と住所が異なる場合は記												職業	ア.被用者 イ.被用者等でない者 ウ.公務員 勤務先名称 枚方市役所								
※児童の兄弟等	氏名	続柄		生年月日	同居・別居の別	監護相当の有無	生計費負担の有無	氏名										生年月日	同居・別居の別	監護相当の有無	生計費負担の有無					
	枚方 雪	子	○年○月○日	同居	有	有	「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。(大学生年代の児童の兄弟等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)										○年○月○日	同居	有	有						
児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	監護相当の有無	生計費負担の有無	氏名										生年月日	同居・別居の別	監護相当の有無	生計費負担の有無						
	枚方 春	子	○年○月○日	同居	有	同一	加入している年金の種別										ア.厚生年金 ※アのうち、以下の共済組合の組合員である場合()内に○を記入してください									
	枚方 夏	子	○年○月○日	同居	有	同一	大阪府大阪市○○区△△×丁目×-×										()私立学校教職員共済 ()地方公務員等共済 ()国家公務員共済									
			年 月 日	同居	有	維持	年 月										イ.国民年金									
			年 月 日	同居	有	維持	年 月										ウ.その他()									
注意②																		児童と別居の場合は児童の住所を記入してください。別居の場合は「別居監護申立書」が必要です。								
支払希望金融機関(請求者名義の普通預金)																		公金受取口座を登録していない方は、マイナンバーカードから簡単に登録いただけます。								
公金受取口座を																		公金受取口座を登録していない方は、マイナンバーカードから簡単に登録いただけます。								
金融機関名																		支店名			口座番号(右詰め/7けた)			口座名義(請求者名義・カタカナ)		
枚方																		くずは			1 2 3 4 5 6 7			ヒラカタ タロウ		
対象者																		昨年1月1日在住の市区町村			※認定・即下年月日			※支給開始年月		
請求者																		大阪市			※お手持ちの健康保険証をご確認ください			ア.厚生年金保険:全国健康保険組合、または○○会社健康保険組合 私立学校教職員共済:私立学校教職員共済 国家公務員共済:●●省共済組合、国家公務員共済組合連合会など 地方公務員共済:地方職員共済組合、公立学校共済組合など イ.国民年金:国民健康保険組合、任意継続、生活保護など ウ.その他:20歳未満、老齢年金受給者、未加入など		
住所(課税状況)																		大阪市			ア.厚生年金保険:全国健康保険組合、または○○会社健康保険組合 私立学校教職員共済:私立学校教職員共済 国家公務員共済:●●省共済組合、国家公務員共済組合連合会など 地方公務員共済:地方職員共済組合、公立学校共済組合など イ.国民年金:国民健康保険組合、任意継続、生活保護など ウ.その他:20歳未満、老齢年金受給者、未加入など			ア.厚生年金保険:全国健康保険組合、または○○会社健康保険組合 私立学校教職員共済:私立学校教職員共済 国家公務員共済:●●省共済組合、国家公務員共済組合連合会など 地方公務員共済:地方職員共済組合、公立学校共済組合など イ.国民年金:国民健康保険組合、任意継続、生活保護など ウ.その他:20歳未満、老齢年金受給者、未加入など		
不備																		注意① お手持ちの健康保険証を参考に、年金種別を選択してください。			注意② 支払希望金融機関においては、公金受取口座を利用するか利用しないかいずれかを選択してください。利用しない場合のみ金融機関等の記入が必要です。公金受取口座とは前歴の振込口座ではなく、マイナンバーカードにより口座登録している口座を指します。			注意③		
備																										