

令和5年度 児童手当・特例給付現況届

(届出先) 横浜市長 令和 年 月 日
 令和5年6月1日の状況について、下記【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、次のとおり届け出ます。

受給者	フリガナ				性別	生年月日	
	氏名					昭和 年 月 日 平成	
	住所				電話	自宅携帯	
	令和5年1月1日の住所	横浜市内・横浜市外()・国外 ※横浜市外の場合は、市町村名までご記入ください(例:〇〇県△△市)					
	職業	会社員・自営業・公務員 無職・その他()	勤務先等			被用者区分	被用者・非被用者
	加入年金等の種類	(1)厚生年金保険 (2)国民年金(3号被保険者含む) (3)その他() ※次の共済組合の組合員の場合は、()に〇を記入してください。 ()私立学校教職員共済 ()地方公務員共済 ()国家公務員共済 ()その他共済				配偶者	有・無

※下記の配偶者にかかわる項目は、必ず配偶者本人が【誓約・同意事項】(1)に同意した上で記入してください。

配偶者	フリガナ			生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	住所	受給者と(別居の場合の住所) 同居・別居 → []		職業	会社員・自営業・公務員 無職・その他()	
	令和5年1月1日の住所	横浜市内・横浜市外()・国外 ※横浜市外の場合は、市町村名までご記入ください(例:〇〇県△△市)		勤務先等	電話番号	

児童	受給者が養育(監護)している 平成17年4月2日以降に生まれた児童		続柄	生年月日	居住	生計
				平成 年 月 日	同居・別居	同一・維持
				令和 年 月 日	同居・別居	同一・維持
				平成 年 月 日	同居・別居	同一・維持
				令和 年 月 日	同居・別居	同一・維持
				平成 年 月 日	同居・別居	同一・維持

※この現況届により、受給者を変更することはできません。
 ※お子さまが6人以上の場合、2枚目をご記入いただき、必ず2枚とも提出してください。

【誓約・同意事項】
 (1) 児童手当の支給要件を審査するため、横浜市が受給者及び配偶者等の必要な所得情報等について、マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等により公簿等の確認を行うことや、必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
 (2) 公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

(注意)
 児童手当を引き続き受給するためには、現況届を提出する必要があります。
 なお、現況届を提出しないまま2年経過した場合、時効により児童手当の受給権が喪失します。

横浜市 使用欄 連絡事項	その他提出書類等 <input type="checkbox"/> 認定請求書 <input type="checkbox"/> 額改定請求書 <input type="checkbox"/> 消滅届 <input type="checkbox"/> 変更届				
不足書類	<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 年金加入証明	<input type="checkbox"/> 別居監護申立書 <input type="checkbox"/> 申立書・その他[]			

【お願い】「現況届の書き方」をよくお読みの上、記入してください。

◎^{*}保険証のコピーは原則不要です。

国の情報共有ネットワークを利用した情報連携システムにより日本年金機構等へ情報照会することで、保険証(写)について提出が省略されます。

※共済組合員の方については、従前通り保険証(写)の提出が必要です。
以下をご確認ください。

保険証の例

〇〇共済組合
組合員証

〇〇共済組合

受給者が

- ・共済組合に加入している。
- ・共済組合組合員証(保険証)を所持している。

※**私立学校教職員共済加入者証の添付は不要です。**

共済組合員証(保険証)の例

- ・日本郵政共済組合 組合員証
- ・公立学校共済組合 組合員証
- ・文部科学省共済組合 組合員証(国立大学法人職員等)

受給者ご本人の
健康保険証のコピーを
下部へ貼り付けてください。

※児童の保険証
ではありません。

保険証左上の記載を確認

〇〇共済組合
組合員証

健康保険
被保険者証

〇〇株式会社

国民健康保険
被保険者証

私立学校教職員共済
加入者証

保険証の写しを添付
してください。

保険証の写しの添付は不要です。

※「生活保護法 医療券」をお持ちの方も添付不要です。

共済組合に加入している方はこちらに保険証の写しを貼り付けてください。
※記号・番号等の部分については黒塗りするなどして番号が見えないようにしてください。

〇〇共済組合
組合員証

記号 ■■■■ 番号 ■■■■

貼 付

保険者番号 ■■■■
名 称 ○○○○共済組合