

低所得者子育て世帯加算給付金申請書(請求書)  
(申請を必要とする世帯の場合)

支給市区町村(※令和5年12月1日時点の市区町村)

(宛先) 甲斐市長

市町村  
受付印

裏面の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

## 1. 申請・請求者(世帯主)

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
	男・女	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	電話 ( )

## 2. 支給要件 (該当するいずれか1つのチェック欄(□)にシを入れてください。)

- 低所得者子育て世帯加算給付金を申請できるのは、価格高騰重点支援給付金(非課税世帯分)又は低所得者世帯支援給付金(均等割のみ課税世帯分)の支給対象者のうち、対象児童を扶養している世帯主です。
- 以下のいずれか1つでもチェックがない場合は、支給対象に該当せず、子育て世帯加算給付金を受け取れません。

 ① 私は、価格高騰重点支援給付金(非課税世帯分)(7万円)の支給対象者です。 ② 私は、低所得者世帯支援給付金(均等割のみ課税世帯分)(10万円)の支給対象者です。

## 3. 給付金申請児童 (今回、子育て世帯加算給付金を申請する児童について、申請時点の状況を記入してください。)

- 既に加算給付金を受給したことがある場合には、その対象となった児童については今回の申請による支給対象とはなりません。

	(フリガナ) 氏名	申請者との 続柄	性別	生年月日	住所 (別居の場合)	監護の有無	世帯主との 生計関係	既に こども加算を 受給した
1				平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 受給した
2				平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 受給した
3				平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 受給した
4				平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 受給した
5				平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 <input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 受給した

※ 子育て世帯加算給付金の支給額は、対象児童1人当たり50,000円となります。

※ 「住所(別居の場合)」に記入した(別居する児童を監護している)場合は、別居する児童が属する世帯の世帯主の氏名、児童からみた世帯主の続柄がわかる資料(児童の世帯の住民票など)を提出してください。

※ 「世帯主との生計関係」の欄は、次によって記入してください。

- 1) 「同一」は、児童が請求者自身の子である場合や請求者が未成年後見人または父母指定者である場合で、請求者がその子と生計を同じくしている場合にチェック☑してください。
- 2) 「維持」は、児童が請求者自身の子でない場合で、請求者がその子の生計を維持している場合にチェック☑してください。

※ 「既にこども加算を受給した」の欄は、重複受給の確認等のためチェックが必要です。チェックがない場合又は「受給した」にチェックがある場合は、今回の申請による支給対象とはなりません。

## 4. 受取方法 (希望する受取方法にチェック欄(□)にシを入れてください。)

 ① 価格高騰重点支援給付金(非課税世帯分)(7万円)と同じ金融機関口座への振り込みを希望 ② 上記①以外の金融機関口座への振り込みを希望 (裏面受取口座記入欄に記入してください。)

裏面も必ずご確認ください

**5. 振込口座** (表面の4で②をチェックした場合のみ記入してください。※原則、1.の申請・請求者の口座とします。)

下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください(長期間入出金のない口座を記入しないでください)。

【受取口座記入欄】

金融機関名		支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義(カナ) ※「1.申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
金融機関コード	1銀行 2金庫 3信組 4信連	5農協 6漁協 7信漁連	本・支店 本・支所 出張所	1普通	
			支店コード	2当座	

※ 口座番号の記載誤りがないか再度ご確認ください。口座番号の記載誤りがあると、給付が遅れることがあります。  
(注) 金融機関で口座が作れない等、どうしても口座による受け取りができない方は、給付金担当までお問い合わせください。

**【誓約・同意事項】** ※全ての項目を確認し、**口**に**チェック(レ)**してください。

以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ① 低所得者子育て世帯加算給付金(以下「加算給付金」という。)の支給要件に該当します。
- ② 加算給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、市区町村が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うこと又は必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
- ③ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- ④ この申請書は、市区町村において支給決定をした後は、加算給付金の請求書として取り扱います。
- ⑤ 市区町村が支給決定をした後、申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、令和6年8月30日(金)までに、市区町村が申請・請求者に連絡・確認できない場合に、加算給付金が支給されないことに同意します。
- ⑥ 加算給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や加算給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、加算給付金を返還します。
- ⑦ 同一児童について加算給付金を受給済みではありません(受給していた場合には、加算給付金を返還します)。

提出書類

低所得者子育て世帯加算給付金申請書(請求書)(本書)

※必要事項をご記入ください。

『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』

※申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。

『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』 (4で②をチェックした場合のみ)

※通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。

※表面下部の【受取口座記入欄】に口座を記入した場合のみ必要となり、それ以外は不要です。

チェックリスト

以下の項目について必ずご確認の上、チェック欄(口)にレを記入してください。

- ご記入いただきました項目に、記載漏れ、記載誤りがないか再度ご確認ください。
- 表面にご記入いただいた口座番号と、添付の通帳コピーまたはキャッシュカードのコピーの番号が一致することをご確認ください。
- 上記添付資料に漏れがないかご確認ください。

※チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。

本申立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日 申請者氏名