

# 監護相当・生計費の負担についての確認書

(大学生年代の多子加算対象者のみ提出)

受付印

### 【誓約・同意事項】

児童手当の支給要件を審査するため、取手市が、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。公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。誤字・脱字などの軽微な訂正・補記については市職員が行うことに同意します。

私は、以下に記載する者(注1)について、監護に相当する日常生活上の世話および必要な保護をし、かつ、その生計費を負担していること(注2)を下記のとおり申し立てます。申立てが真正であることの証明を求められた場合は、関係する書類を提出します。状況等に変更が生じ、監護相当・生計費の負担をしている事実がなくなった場合には、随時変更の申立てを提出します。

(注1)18歳到達後最初の年度末を迎えた者から22歳到達後最初の年度末を迎えるまでの間にある者

(注2)当該者があなたの収入により日常生活上の全部又は一部を営んでおり、かつ、これを欠くと通常の生活水準を維持することができない場合

※提出が不要な方から本確認書をご提出いただいた場合は、当該確認書は無効なものとして取り扱います。

(申立先) 取手市長

申立人 (児童手当の申請者・受給者)

申立日	令和 6 年 9 月 1 日		
カナ	トリデ タロウ		
申立人氏名 (児童手当申請者・受給者)	取手 太郎		
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	2 年 1 月 1 日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号	0 8 0 ( 1 1 1 1 ) 1 1 1 1		
住民票上の住所	取手市 寺田5139番		

子が別居の場合のみ記入  
記入した際は個人番号を  
確認できるものを裏面に  
貼付してください。

大学生年代の子 (平成14年4月2日～平成18年4月)

カナ	トリデ ユメ		
氏名	取手 夢		
生年月日	平成	17 年 4 月 15 日	
職業等	<input checked="" type="checkbox"/> 学生 (アルバイトをしている場合も含む) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )	通学先: ●●大学	卒業予定: 令和 8 年 3 月
監護相当の状況 いずれかに☑してください	<input checked="" type="checkbox"/> 同居し、日常生活上の世話・必要な保護をしている <input type="checkbox"/> 別居しているが、定期的または頻りに面会をしている又は連絡をとっている <input type="checkbox"/> その他 ( )		
生計費の負担状況 該当するものすべてに☑してください	<input checked="" type="checkbox"/> 生活費 (食費、家賃等) の全部または一部を継続して負担している <input checked="" type="checkbox"/> 学費の全部又は一部を継続して負担している <input type="checkbox"/> その他 ( )		
カナ		生年月日	平成
氏名		住民票上の住所	
		個人番号	
職業等	<input type="checkbox"/> 学生 (アルバイトをしている場合も含む) 通学先: ( ) <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
監護相当の状況 該当するものすべてに☑してください	<input type="checkbox"/> 同居し、日常生活上の世話・必要な保護をしている <input type="checkbox"/> 別居しているが、定期的または頻りに面会をしている又は連絡をとっている <input type="checkbox"/> その他 ( )		
生計費の負担状況 該当するものすべてに☑してください	<input type="checkbox"/> 生活費 (食費、家賃等) の全部または一部を継続して負担している <input type="checkbox"/> 学費の全部又は一部を継続して負担している <input type="checkbox"/> その他 ( )		

「監護相当の状況」と「生計費負担の状況」の両方について、該当する項目に○をつけてください。どちらか片方でも○印の記載がない場合は、本確認書は不備となり記載の子を子のカウントの対象にすることができません。

※職員記入欄

決定日:	受給者番号:	備考:
------	--------	-----