

# 監護事実の同意書

(A)

令和 年 月 日

殿

住所 稲城市

申立人 (受給者)

氏名 (B)

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 ( )

児童手当認定請求又は額改定請求に必要があるので、私が下記の児童を監護し、かつその生計を維持していることに同意願います。

記

児童の名前	生年月日 個人番号	続柄	在学学校・在学年
	平成 令和 年 月 日		・ 年
	平成 令和 年 月 日		・ 年
	平成 令和 年 月 日		・ 年
	平成 令和 年 月 日		・ 年
児童の住所	(C)		
※別居している理由			
申立人 (B)と児童の属する世帯の世帯主 (A)との続柄			

上記申立てのとおりであることに同意します。

令和 年 月 日

住所 (C)

児童の属する世帯の世帯主

氏名 (A)

※住民票上で世帯主になって  
いる方がご記入ください。

生年月日 昭和・平成 年 月 日

電話番号 ( )

※離婚前提別居の場合は、児童と同居している方が優先的に児童手当を受給できることがあります。  
詳しくはお問い合わせください <稲城市役所 子育て支援課 手当助成係 042-378-2111 (代)>

