

監 護 事 実 の 同 意 書

受付印

受付番号

認定番号

年 月 日

施設長

児童手当の申請に必要があるので、私が下記児童を監護し、その生計を維持しているため、
手当てを受給することに同意願います。

申立人

(フリガナ)

氏 名

生 年 月 日

年 月 日

住 所

文京区

電話番号

()

携帯番号

()

申立人と別居している児童

(フリガナ)
氏 名

個人番号(12桁)

続柄

生 年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

児童の住所

別居している理由

上記の申し立てのとおりであると認めます。

年 月 日

文京区長殿

施設名称:

施設長名:

電話番号:

太枠の中は申立人（手当の受給者）が記入してください。

* 裏面の記入手順をご覧のうえご記入ください