

事 実 申 立 書 (児童手当用)

下記のとおり対象の子に対し生計費の負担があることをについて申し立てます。

対象の子：

健康保険の扶養      なっている ・ なっていない

税法上の扶養家族      なっている ・ なっていない

仕送り                      頻度：      回／月      金額：                      円／月

その他 ( )

上記の事実に相違ないことを申し立てます。

令和    年    月    日

住 所

\_\_\_\_\_

氏 名

\_\_\_\_\_