

児童手当・特例給付 認定請求書

殿

提出年月日				※受付確認年月日			
令和	.	.		令和	.	.	

請求者	①（ふりがな） 氏名 （法人名等）	②性別 男・女	③生年月日 明治・大正 昭和・平成	④職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤配偶者の有無 有・無
	⑥住所 （法人の主たる事務所の所在地） 1月1日時点の住所（1～5月分は前年、6～12月分は本年）	⑧支払希望金融機関 名称 支店名 口座番号 口座名義		⑦個人番号	

配偶者等	⑨（ふりがな） 氏名	⑩職業 ア. 被用者 イ. 公務員 （勤務先： ） ウ. 被用者等でない者	⑪住所 （⑥と異なる場合） 1月1日時点の住所（1～5月分は前年、6～12月分は本年）
	児童手当又は特例給付の支給要件の該当性を審査するため、市区町村が必要な税情報のご提供等の確認を行うことに同意します。		

⑬児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	※3歳未満の児童○印	※3歳以上小学校修了前 の児童○印	※小学校修了後中学校 修了前の児童○印
				平成 令和	同・別	平成 令和	年 月	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母		
			平成 令和	同・別	平成 令和	年 月	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成 令和	同・別	平成 令和	年 月	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成 令和	同・別	平成 令和	年 月	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

⑭加入している公的年金制度の種類	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 （ ）私立学校教職員共済 （ ）国家公務員共済 （ ）地方公務員等共済	イ. 国民年金 ウ. その他（ ）	⑮譲渡所得の有無 有・無	⑯所得の状況 平成 年分所得額 円	認定・却下 年月日 令和 . . .	支給開始年月 令和 .	区分 ・児童手当 ・特例給付	手当月額 3歳未満 円 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円
	⑯所得の状況 平成 年分所得額 円		⑯所得の状況 平成 年分所得額 円	控除後の所得額 円	所得制限限度額 円	手当月額 円	手当月額 円	手当月額 円

※審査	平成 年 計 額 円	控除 雑損控除額 円	医療費控除額 円	小規模企業共済等 掛金控除額 円	障害者控除額 円	障害人・特障人 円	寡婦・寡夫・勤労 学生控除額 円	児童手当法施行令 第3条第1項による控除 円	80,000円
-----	---------------	------------------	-------------	------------------------	-------------	--------------	------------------------	------------------------------	---------

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。記入押印に代えて、署名することができます。