

児童手当・特例給付 認定請求書

茨城県結城郡八千代町長 殿

請求者	(フリガナ) 氏名 (法人名等)			性別		生 年 月 日			職 業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		提出年月日 令和 . . .		※受付確認年月日 令和 . . .		
	住 所 (法人の主たる事務所の所在地)								配 偶 者 の 有 無	有・無		個 人 番 号				
	1月1日時点の住所 (1～5月分は前年、 6～12月分は本年)	(上欄と異なる場合に記入してください)					支払希望 金融機関	金 融 機 関 名		支店コード	支 店 名		口座番号		口座名義人 (カナ)	
配偶者等	(フリガナ) 氏名								住 所 (請求者と異なる場合)							
	職 業	ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先:)					ウ. 被用者等でない者		個 人 番 号			1月1日時点の住所 (1～5月分は前年、 6～12月分は本年)		(上欄と異なる場合に記入してください)		
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 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		
				同・別	年 月			有・無	同一・ 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母						
				同・別	年 月			有・無	同一・ 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母						
				同・別	年 月			有・無	同一・ 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母						
				同・別	年 月			有・無	同一・ 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母						
加入している公的年金 制度の種類別		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 ()		譲 渡 所 得 の 有 無		有 ・ 無		認 定 ・ 却 下		区 分	手 当 月 額	
		扶養親族等及び児童の数 人 (うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数 人)						有 ・ 無		認 定 ・ 却 下 年 月 日		支 給 開 始 年 月		・ 児童手当	3歳未満分 円	
		所 得 の 状 況		年分所得額 円				有 ・ 無		令 和 . . .		令 和 . . .		・ 特例給付	3歳以上小学校修了前分 円	
		控 除 後 の 所 得 額		所得制限限度額 円				有 ・ 無		令 和 . . .		令 和 . . .		・ 特例給付	中学生分 円	
※ 審 査	年 分 所 得 の 合 計 額		雑 損 控 除 額		医 療 費 控 除 額		小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金 控 除 額		障 害 者 ・ 控 除 額 障 人 ・ 特 障 人		寡 婦 ・ ひ と り 親 ・ 勤 労 学 生 控 除 額		児 童 手 当 法 施 行 令 第 3 条 第 1 項 に よ る 控 除		計 円	

◎ ※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。

◎現在の子ども手当受給者の名前を印字してあります。