

児童手当 認定請求書

一戸町長 小野寺 美登 様

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公簿等の確認を行うことに同意します。

提出年月日	※受付確認年月日	※確認者
令和 . .	令和 . .	

請求者	①(フリガナ) 氏名 (法人名等)	②性別	③生年月日	④職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤配偶者 有・無	認定・却下年月日 令和 . .	支給開始年月 令和 . . (. . 分)
	⑥住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒			電話	1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年) (左欄と異なる場合に記入してください)		
⑦個人番号	⑧請求者の加入している公的年金制度の種類			ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. その他 () ※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		⑨所得の状況	年分所得額 (請求者) 円 (配偶者) 円	

配偶者等	⑩(フリガナ) 氏名	⑫生年月日	⑬職業	⑭請求者の控除対象配偶者または同一生計配偶者の場合に○印	控除対象配偶者 ・ 同一生計配偶者	⑮個人番号
	⑪住所 (請求者と異なる場合)	1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年) (左欄と異なる場合に記入してください)				

⑯児童の兄弟等 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)	氏名	続柄	性別	生年月日	監護相当の有無	生計費負担の有無	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	[注意] ⑯「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。 (⑯児童の兄弟等と⑰児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)	※算定対象の場合に○印
						有・無	有・無	同・別		
					有・無	有・無	同・別			

⑰児童	氏名	続柄	性別	生年月日	監護の有無	生計関係	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所 (別居の場合)	※児童との関係該当する場合に○印	※第3子以降の場合に○印	※3歳未満の場合に○印	※左記以外の場合に○印	※手当月額
						有・無	同一・維持	同・別			・未成年後見人・父母指定者・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)
					有・無	同一・維持	同・別			・未成年後見人・父母指定者・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円
					有・無	同一・維持	同・別			・未成年後見人・父母指定者・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円
					有・無	同一・維持	同・別			・未成年後見人・父母指定者・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円
					有・無	同一・維持	同・別			・未成年後見人・父母指定者・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円

⑱支払希望金融機関	名称	預金種別	支店コード	支店名	口座番号	口座名義	※合計月額 円
	銀行 金庫 信組 農協 漁協	普通・当座		支店 出張所 営業所			

◎ ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書(かいしょ)ではっきりと書いてください。

※世帯番号	※宛名番号	※受付番号
-------	-------	-------