

児童手当・特例給付 認定請求書

福島県石川郡浅川町長 様

請求者	(フリガナ) 氏名 <small>(法人名等)</small>	(印)				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 <small>(法人の主たる事務所の所在地)</small>	電話 ()					配偶者の有無	有・無	個人番号				
	1月1日時点の住所 <small>(1～5月分は前年、6～12月分は本年)</small>	(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 <small>(請求者と異なる場合)</small>						
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者 <small>(勤務先:)</small>				個人番号	1月1日時点の住所 <small>(1～5月分は前年、6～12月分は本年)</small>		(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	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 (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		所得の状況		年分所得額	認定・却下年月日	支給開始年月	児童手当	円		
								令和 . .	令和 . .	・特例給付	円		
								控除後の所得額	所得制限限度額	中学生分	円		
※審査	年分所得の合計額		控		除								
	円		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	寡婦・寡夫・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					
	円		円	円	円	円	円	円					

- ◎ ※印の欄は、記入しないでください。
- ◎ 字は、楷書(かいしよ)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。