

第1号様式(表)(第7条、第13条関係)

前住地(都内の他区市町村)でこの手当と同じ手当を支給されていた方は申し出てください。

受付年月日

児童育成手当認定請求書

申請(届出)者	フリガナ			生年月日	昭和 平成	年	月	日生	
	氏名							配偶者の有無 有・無	
	住所	昭島市							
	年1月1日現在住所	市内・市外	平成	年	月	日	市より転入		
	勤務先名			電話					
	支払希望金融機関	金融機関名及び支店名		口座番号		口座名義(カタカナ)			
	銀行 信金		本店 支店						

支給要件児童	氏名 (生年月日)	続柄 同居・別居の別	受給事由	父母の氏名 (生年月日)	障害の有無 (手帳の有無)	手当区分
	平成 年 月 日生	同居・別居	離婚死亡 未婚障害 その他 ( )	(父) ( 年 月 日生 ) (母) ( 年 月 日生 )	(有・無) (有・無) 愛の手帳 障害手帳 度級	育成 障害
平成 年 月 日生	同居・別居	離婚死亡 未婚障害 その他 ( )	(父) ( 年 月 日生 ) (母) ( 年 月 日生 )	(有・無) (有・無) 愛の手帳 障害手帳 度級	育成 障害	
平成 年 月 日生	同居・別居	離婚死亡 未婚障害 その他 ( )	(父) ( 年 月 日生 ) (母) ( 年 月 日生 )	(有・無) (有・無) 愛の手帳 障害手帳 度級	育成 障害	
平成 年 月 日生	同居・別居	離婚死亡 未婚障害 その他 ( )	(父) ( 年 月 日生 ) (母) ( 年 月 日生 )	(有・無) (有・無) 愛の手帳 障害手帳 度級	育成 障害	

児童育成手当の受給資格の認定を申請します。  
この申請書に記載した事項について、住民基本台帳、戸籍、課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

平成 年 月 日  
氏名 印  
(あて先) 昭島市長

所得額の計算等	年分	控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	以外で前年の12月31日において生計を維持していた児童数	人	
	扶養人数合計 +	のうち老人扶養親族等の人数	人	のうち特定扶養親族の数	人	
	所得額の合計		円	認定・却下		
	控除額	雑損控除	円	認定・却下年月日	平成 年 月 日	
		医療費控除	円	支給対象児童数	育成手当 障害手当	人
		小規模企業共済等掛金控除	円	支給開始年月	平成 年 月	
		配偶者特別控除	円	備考 電算 / 通知 /		
		障・特障・寡・特寡・勤	円			
	規則第6条第1項による控除	80,000円				
	控除後の所得額	円				

記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに登録されます。

太枠の中を記入して下さい。記名押印に代えて署名することができます。