様式第2号（第1条の4関係）

受付年月日	

児童手当・特例給付認定請求書

請求者

フリガナ 氏名		生年月日	年　月　日
		個人番号	
住所	昭島市 1月1日時点の住所（1月～5月分は前年　6月～12月分は本年） （別居の場合の子の住所）	電話　－　－ （昼間連絡先　－　－　） 年　月　日　市より転入	
職業	ア 公務員でない イ 公務員	加入年金	ア. 厚生年金保険　（ ）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（　　）

配偶者の有無	有・無	（フリガナ） 配偶者の氏名	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。	
		個人番号		配偶者の職業：ア 公務員でない　イ 公務員（勤務先：　　）
		1月1日時点の住所		
		別居の場合の住所		

支払希望金融機関	銀行・農協 信金・信組　本店 支店	口座番号	口座名義人（カタカナ）	
	金融機関コード	支店コード		

児童

氏名	続柄	生年月日	同居別居	監護有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	3歳	小	中
		年　月　日	同居・別居 海外留学 （平成　年　月～）	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			
		年　月　日	同居・別居 海外留学 （平成　年　月～）	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			
		年　月　日	同居・別居 海外留学 （平成　年　月～）	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			
		年　月　日	同居・別居 海外留学 （平成　年　月～）	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			
		年　月　日	同居・別居 海外留学 （平成　年　月～）	有・無	同一・維持	・父母指定者 ・未成年後見人 ・同居父母			

請求者加入保険

保険の種類	1 協会　2 組合　3 共済　4 昭島市の国保　5 国保組合　6 その他（　　）		請求者との続柄	本人 ・ 本人外
被保険者氏名		資格取得年月日（請求者本人）	昭和 平成	年　月　日から
被保険者証記号・番号	記号	保険者	番号	
	番号		名称	

児童手当の受給資格の認定を申請します。
この申請に関し必要な情報（特定個人情報を除く。）を公簿等により確認することに同意します。

（あて先）昭島市長

年　月　日　氏名　　印

所得額の計算等

年分	扶養親族等及び児童の数	人	うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数　人　譲渡所得　有 ・ 無

平成　年分所得額の合計		円
控除額	雑損控除	円
	医療費控除	円
	小規模企業共済等掛金控除	円
	障人（特障人）	円
	寡婦・寡夫・勤労学生控除	円
	児童手当法施行令第3条第1項による控除	円
控除後の所得額		円
所得制限限度額		円

区分	児童手当・特例給付
認定・却下	平成　年　月　日
手当月額	3歳未満　円 3歳～小学校修了前　円 第3子以降　円 中学生　円 計　円
支給開始年月	平成　年　月

備考　電算　／　通知　／	
被用者　非被用者	
住民登録の確認　月　日	

※太枠の中を楷書（かいしょ）で記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

個	免	パ	外	手	住有	保	年	扶	住無	その他	委任状