

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

児童育成手当認定申請書

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。

申請(届出)者	フリガナ			生年月日	昭和	年	月	日	
	氏名			個人番号					
	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					
配偶者	有・無	氏名			個人番号				

支給要件 児童	氏名 (生年月日) (個人番号)	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)	同居・別居	離婚 死亡 未婚 障害 その他 ()	(父) (年 月 日) (母) (年 月 日)	有・無 (有・無) 愛の手帳 障害手帳 度級
	(平成 年 月 日)	同居・別居	離婚 死亡 未婚 障害 その他 ()	(父) (年 月 日) (母) (年 月 日)	有・無 (有・無) 愛の手帳 障害手帳 度級	育成 障害
	(平成 年 月 日)	同居・別居	離婚 死亡 未婚 障害 その他 ()	(父) (年 月 日) (母) (年 月 日)	有・無 (有・無) 愛の手帳 障害手帳 度級	育成 障害
	(平成 年 月 日)	同居・別居	離婚 死亡 未婚 障害 その他 ()	(父) (年 月 日) (母) (年 月 日)	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。
この申請に関し必要な情報を住民基本台帳、課税台帳等の公簿等により確認することに同意します。

平成 年 月 日
(あて先) 昭島市長 氏名 印

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 +	人	のうち老人扶養親族等の人数	人	のうち特定扶養親族又は控除対象扶養親族の数	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	人	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		

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。

個	免	バ	外	手	住	有	保	年	扶	住	無	そ	他	委	任	状
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---