

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	昭和・平成	年	月	日
	住所	昭島市				電話 (昼間連絡先 - -)			
		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)				平成 年 月 日 市より転入			
		(別居の場合の子の住所)							
	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	(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。					
無		個人番号							
		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						

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記録されます。

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
			平成 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			
			平成 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			
			平成 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			
			平成 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			
			平成 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			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

平成 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	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	80,000円				
		控除後の所得額	円				
		所得制限限度額	児童手当	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 3歳~小学校修了前 第3子以降 中学生 計				円	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	バ	外	手	住	有	保	年	扶	住	無	その他	委任状
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----	-----