

児童手当・特例給付 認定請求書

三沢市長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . . .	令和 . . .

請求者	①（ふりがな） 氏名 （法人名等）	②性別	男・女	③生年月日	明治・大正 昭和・平成	④職業	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者	⑤配偶者の有無	有・無	
	⑥住所 （法人の主たる事務所の所在地）	電話 ( )				⑦個人番号				
	1月1日時点の住所（1～5月分は前年、6～12月分は本年）		⑧支払希望金融機関	名称		支店コード （3ケタ）	支店名		口座番号	口座名義

配偶者等	⑨（ふりがな） 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、市区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。				⑪住所 （⑥と異なる場合）				
	⑩職業	ア.被用者 イ.公務員 （勤務先： )	ウ.被用者等でない者	⑫個人番号	1月1日時点の住所（1～5月分は前年、6～12月分は本年）		（上欄と異なる場合に記入してください）			

⑬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
				平成 令和 . . .	同・別	平成 令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母		
			平成 令和 . . .	同・別	平成 令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成 令和 . . .	同・別	平成 令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成 令和 . . .	同・別	平成 令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

⑭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（ ）	⑮譲渡所得の有無	有・無	認定・却下 年月日	令和 . . .	支給開始年月	令和 . . .	区分	手当月額
	⑯扶養親族等及び児童の数 人 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		⑰所得の状況	令和 年分所得額	円	円	円	円	・児童手当 ・特例給付	3歳未満分 円 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円
	控除後の所得額		所得制限限度額	円	円	円	円	円		

※審査	令和 年 分 所得の合計額	控除							80,000円
	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・特障除額人	寡婦・ひとり親・児童手当法施行令第3条第1項による控除	円	円	円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。