

三 沢 市 長 殿

父か母どちらか所得の高い方の
お名前を記入してください。

提出年月日

令和 〇・〇・〇

ア:社会保険
イ:公務員
ウ:国保&社保扶
養

① (ふりがな)	氏名 (法人名等)		② 性別	③ 生年月日	④ 職業	⑤ 配偶者の有無						
	受給者氏名		男・女	明治・大正 昭和・平成	ア.被用者 イ.公務員 ウ.被用者等でない者	有 無						
⑥ 住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒 033 - 8666		電話 0176 (53) 5111		⑦ 個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0						
1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年)	(1月1日時点の住所と上記住所が異なる場合のみ1月1日時点の住所を記入してください)		⑧ 支払希望金融機関	名称	支店名	口座番号						
			〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店コード (3ケタ) 〇〇支店	1 2 3 4 5 6 7 ミサワ タロウ						
⑨ (ふりがな)	氏名		⑩ 配偶者氏名		⑪ 住所 (⑥と異なる場合)	請求者と住民登録地が異なる場合のみ記入してください						
	ア:社会保険 イ:公務員 ウ:国保&社保扶 養 該当するものに○		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0		1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年)	1月1日時点の住所と上記住所が異なる場合のみ1月1日時点の住所を記入してください						
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
	三沢 一郎	子	平成 〇・〇・〇	同・別	平成 年 月	同上	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
	三沢 二郎	子	平成 〇・〇・〇	同・別	平成 年 月	同上	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
	三沢 市子	子	平成 〇・〇・〇	同・別	平成 年 月	同上	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 イ.国民年金 ウ.その他 ()		⑮ 譲渡所得の有無		有・無	認定・却下	認定・却下年月日	支給開始年月	区分	手当月額		
	⑯ 扶養親族等及び児童の人数 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	控除後の所得額	所得制限限度額	円	・児童手当 ・特例給付	円		
※ 令和 年 分 合計額	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	寡学 婦・ひとり親・勤 労額	児童手当法施行令 第3条第1項による控除	円	円	円	80,000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 (かいしよ) ではっきり書いてください。記入押印に代えて、署名することができます。