

児童手当認定請求書

請求年月日	令和 年 月 日	個人番号					受給者番号				
請求者	フリガナ 氏名					性 別	生年 月日	配偶者 の有無		有・無	
	受給の審査にあたり、私及び配偶者の住民税の資料を調査されることに同意します。										
	住所	〒				自宅 ()		携帯 ()			
	勤務先	勤務先名 TEL ()				加入 年金	ア. 厚生年金 イ. 国民年金 ウ. その他 () ※厚生年金のうち、以下の共済組合である場合には括弧内に○を記入して下さい。 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済				
	職業	ア. 被用者 イ. 非被用者 ウ. 公務員									
支払金融機関	<input type="checkbox"/> 下記口座への振込を希望する (公金受取口座は利用しない) <input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望する										
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	口座番号	(店番号) 普通口座	カ ナ 名 義	(請求者本人のみ)					
児童 生平成以降 年月日 が	氏名 (フリガナ)	()		生年月日	続柄	同居 別居	監護の有無	生計関係	児童との関係 (該当する場合)		
		()				同居 別居 留学中	有・無	同一 維持	同居優先 未成年後見人 父母指定者		
		()				同居 別居 留学中	有・無	同一 維持	同居優先 未成年後見人 父母指定者		
		()				同居 別居 留学中	有・無	同一 維持	同居優先 未成年後見人 父母指定者		
		()				同居 別居 留学中	有・無	同一 維持	同居優先 未成年後見人 父母指定者		
令和6年 1月1日 現在の住所											
配偶者	氏名 (フリガナ)	()		生年月日	同居・別居	生計関係					
	配偶者の職業		個人番号		受付印						
	・被用者 ・非被用者 ・公務員 ()										
	住所 ※別居の場合のみ記入		配偶者の電話番号								
〒											
審査	認定	・被用者 ・非被用者 ・特例給付		却下	・世帯構成 ・その他 ()						
	支給開始年月	算定の基礎となる児童の数	手当月額	合計	円						
	令和 6年10月	() 人	15,000 円	10,000 円 (~18歳年度末)	30,000 円 (第3子~)						
控除	1. 合計所得金額	円	2. 扶養控除人員	人 () 人	3. 譲渡所得の有無	有・無					
	4. 雑損控除額	円	医療費控除額	円	小規模企業共済等掛金控除額	円					
	特別障害者控除額	円	障害者控除額	円	給与年金控除額	円					
寡婦・ひとり親控除額	円	勤労学生控除額	円	該当・非該当	社会保険料相当額	80,000 円					
備考	控除後の所得額				円						
	不足書類	健康保険証のコピー		処 理	受付	入力	審査	通知			
		振込口座									
		所得証明									
その他											
番号確認	<input type="checkbox"/> 番号カード (本人確認書類必要なし) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 事後確認										
本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 住基カード (写真付) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 各種障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 ()										

◎字は楷書 (かいじょ) ではっきりと書いてください。太枠内を記入してください。
 ◎3歳未満のお子様がいらっしゃる場合は、申請者の方の保険証の写しを添付してください。