

児童手当・特例給付 認定請求書

栃木県真岡市長 様

請求者	(フリガナ) 氏名 <small>(法人名等)</small>		性別	生年月日	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	提出年月日		※受付確認年月日					
	住所 <small>(法人の主たる事務所の所在地)</small>		電話()			配偶者の有無	有・無	個人番号						
	1月1日時点の住所 <small>(1～5月分は前年、6～12月分は本年)</small>		<small>(上欄と異なる場合に記入してください)</small>			支払希望 金融機関	金融機関名	支店コード	支店名	口座番号		口座名義人(カナ)		
配偶者等	(フリガナ) 氏名		住所 <small>(請求者と異なる場合)</small>											
	職業 ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先:) ウ. 被用者等でない者		個人番号	1月1日時点の住所 <small>(1～5月分は前年、6～12月分は本年)</small>			<small>(上欄と異なる場合に記入してください)</small>							
児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別 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 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		
				同・別	年月		有・無	同一・ 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
				同・別	年月		有・無	同一・ 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
				同・別	年月		有・無	同一・ 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
加入している公的年金 制度の種別		ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員で ある場合は精弼内に○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 ()			該 渡 所 得 の 有 無	有 ・ 無	認定・却下		区分	手当月額	
		扶養親族等及び児童の数 (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)			所得の状況		年分所得額		円	令和 . . .	令和 . . .	認定・却下年月日	支給開始年月	児童手当 3歳未満分 円 特例給付 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計
		控除後の所得額		所得制限限度額		円		円		円		円		円
※ 審査	年 所得の合計額		控 雑損控除額		控 医療費控除額		控 小規模企業共済等 掛金控除額		控 障害者・特障 人控除額		控 寡婦・寡夫・ 勤労学生控除額		除 児童手当法施行令第3 条第1項による控除	
	円		円		円		円		円		円		円	

◎ ※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。