

児童手当・特例給付 認定請求書

被用者: 社会保険(厚生年金)
被用者等でない者: 国民健康保険
社会保険の扶養

栃木県佐野市長 様

請求者	(フリガナ) 氏名 佐野 太郎		性別	男	生年月日	昭和55年5月5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	令和4.6.6	※受付確認年月日	令和							
	住所 (法人の主たる事務所の所在地) 佐野市高砂町1番地		電話 (20) 3023		配偶者の有無	有 無	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) 足利市本城3丁目2145番地		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 佐野 花子		住所 (請求者と異なる場合) 栃木市万町9番地25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)												
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員(勤務先: 〇〇小学校)	ウ. 被用者等でない者	個人番号	123456789123														
児童	氏名	佐野 次郎	続柄	子	生年月日	令和4年5月30日	同居・別居の別	同・別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	佐野市高砂町1番地	監護の有無	有・無	生計関係	同一・維持	※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
							同・別					有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
							同・別					有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
							同・別					有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
請求者の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	請求者の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	令和 年分所得額 (請求者) 円 (配偶者) 円	認定・却下	認定・却下年月日	支給開始年月	区分	手当月額							
								令和 年分所得額 (請求者) 円 (配偶者) 円	控除後の所得額	所得制限限度額	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							
※審査	令和 年分所得の合計額		うち児童手当法施行令第3条第1項による控除 給与所得/公的年金等所得を有する場合の控除額(上限100,000円) (一律控除額)		雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障害者・特障人	寡婦・ひとり親・勤労学生控除額										
	請求者	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円							
配偶者	円	円	円	円	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(かいじょ)ではっきり書いてください。

申請者の受給資格確認のため、所得状況(配偶者を含む)を確認することに同意します

佐野太郎