

児童手当 認定請求書

山形県北村山郡大石田町長 殿

請 求 者	(フリガナ)		性 別		生年月日		提 出 年 月 日	※受付確認年月日		※認定・却下年月日		※支給開始年月		
	氏 名 (法人名等)		職 業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	配偶者	有・無	令和 . .	令和 . .	令和 . .	令和 年 月 (令和 年 月分)				
	住 所 (法人の主たる事務所の所在地)	電 話 ()						1月1日時点の住所 (1～5月分は前年、 6～12月分は本年)		(左欄と異なる場合に記入してください)				
	個 人 番 号							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 イ. 国民年金 ウ. その他 () ※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		所得の 状況	令和 年分所得額 (請求者) 円 (配偶者) 円		
配 偶 者 等	(フリガナ)		生年月日		請求者の控除対象配偶者 または同一生計配偶者の 場合に○印		控除対象配偶者 ・ 同一生計配偶者	個 人 番 号						
	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。	職 業	ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先: ウ. 被用者等でない者			1月1日時点の住所 (1～5月分は前年、 6～12月分は本年)		(左欄と異なる場合に記入してください)					
児童の兄姉等 (18歳に達する日以後の最初の 3月31日を経過した後22歳に達 する日以後の最初の3月31日ま での間にある者)		氏 名	続柄	生 年 月 日	監護相当 の有無	生計費負担 の有無	同居・別居 の別	海外留学をして いる場合の 出国年月	[注意] 「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合 は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」を ご提出ください。 (児童の兄姉等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)				※算定対象の 場合に○印	
					有・無	有・無	同・別	年 月						
					有・無	有・無	同・別	年 月						
児 童		氏 名	続柄	生 年 月 日	監護の有無	生計関係	同居・別居 の別	海外留学をして いる場合の 出国年月	住所 (別居の場合)	※児童との関係 該当する場合に ○印	※第3子以降の 場合に○印	※3歳未満の 場合に○印	※左記以外の 場合に○印	※手当月額
					有・無	同一・ 維持	同・別	年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額0,000円)	円
					有・無	同一・ 維持	同・別	年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額0,000円)	円
					有・無	同一・ 維持	同・別	年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額0,000円)	円
					有・無	同一・ 維持	同・別	年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額0,000円)	円
支払希望 金融機関		名称	預金種別	支店コード	支 店 名	口座番号			口座名義	※合計月額				
			普通・当座											

◎ ※印の欄は、記入しないください。
◎ 字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。