

児童手当・特例給付 認定請求書

栃木県那須塩原市長 様

請求者	(フリガナ)	氏名		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 (法人の主たる事務所の所在地)		電話 ()				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)		(上欄と異なる場合に記入してください)		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 (請求者と異なる場合)									
	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 (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)	
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	
				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				
				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 ()		讓渡所得の有無	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)		令和 . . . 令和 . . .		認定・却下年月日	支給開始年月	・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
						所得の状況	年分所得額 円		控除後の所得額 円		所得制限限度額 円		
※審査	年分所得の合計額		控 除										
			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 障害人・特障人	寡婦・寡夫・寡勤労学生控除額	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(かいしよ)ではっきり書いてください。