

児童手当・特例給付 認定請求書

栃木県下野市長 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							
配偶者等	(フリガナ) 氏名	住所 <small>(請求者と異なる場合)</small>			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>										
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者 <small>(勤務先:)</small>			個人番号	<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						
加入している公的年金制度の種類		ア. 厚生年金保険		イ. 国民年金		譲渡所得の有無		有・無		認定・却下		区分		手当月額	
		※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。		ウ. その他 ()		扶養親族等及び児童の数 人		(うち7歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数 人)		認定・却下年月日		支給開始年月		3歳未満分 円	
		() 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		年分所得額 円		控除後の所得額 円		所得制限限度額 円		・児童手当		3歳以上小学校修了前分 円	
※審査		年分所得の合計額 円		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		障害者控除額 円		寡婦・ひとり親・勤労学生控除額 円		児童手当法施行令第3条第1項による控除 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。