

児童手当 認定請求書

(あて先) 度会郡南伊勢町長

○請求者 この届に基づく審査・認定にあたり、所得状況等の必要事項を調査することに同意します。

提出年月日	令和 年 月 日	個人番号																					
フリガナ											性別	男・女	生年月日				職業	☐ 被用者 ☐ 公務員 ☐ 被用者等でない者					
氏名																							
住所	〒 電話： ()										支 払 希 望 金 融 機 関	金融機関名						支店名					
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)											預金種目			口座番号								
												普通・当座											
												名義人(か)											
加入年金	☐ 厚生年金保険 ☐ 国民年金 ☐ 未加入 ☐ その他 () ※厚生年金保険のうち、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																						

○配偶者

配偶者個人番号												配偶者の職業	☐ 被用者 ☐ 公務員 ☐ 被用者等でない者			
配偶者の有無	有・無	フリガナ							生年月日							
		配偶者氏名										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			
配偶者の住所		(請求者と異なる場合に記入してください)														
配偶者の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)														

○児童の兄弟等 (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	同居別居	海外留学 出国年月	監護相当の有無	生計費負担の有無	[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。 (児童の兄弟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
			同・別		有・無	有・無		
			同・別		有・無	有・無		

○児童

氏名	続柄	生年月日	同居別居	海外留学 出国年月	住所 (別居の場合)	監護有無	生計関係	※第3子以降	※3歳未満	※左記以外	※児童との関係	※手当月額
			同・別			有・無	同一・維持				・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	円
			同・別			有・無	同一・維持				・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	円
			同・別			有・無	同一・維持				・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	円
											※合計月額	円

○所得

所得の状況		
年分所得額	(請求者)	円
	(配偶者)	円
※受付確認日	※認定・却下年月日	※支払開始年月
令和 年 月 日	令和 年 月 日	(年 月 月分)

・字は楷書ではっきり書いてください。
・※印の欄は記入しないてください。