

記載例										児童手当 認定請求書										提出年月日			※受付確認年月日																									
請求者及び配偶者の状況について記入してください。※父母のうち所得の高い方が請求者となります。										性別			③生年月日			昭和 平成 55・1・1			令和 ・ ・			令和 ・ ・																										
①（ふりがな） おまえぎ たろう										②性別			③生年月日			④職業			⑤配偶者			※認定・却下年月日			※支給開始年月																							
氏名（法人名等） 御前崎 太郎										ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者			有・無			令和 ・ ・			令和（令和 年 月 月分）																													
⑥住所（法人の主たる事務所の所在地） 御前崎市池新田5585										被用者＝社会保険加入者 被用者等でない者＝国民健康保険加入			請求者の加入年金を○で囲んでください。 社会保険＝厚生年金 国民健康保険＝国民年金			⑦個人番号			1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3																													
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）			今年度1月1日時点で住所が現住所と住所が異なる場合は、記載してください。			⑧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（ ）																													
⑩（ふりがな） おまえぎ はなこ										⑪生年月日			昭和 平成 55・2・2			⑫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			⑬個人番号			9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 1																										
氏名 御前崎 花子										ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者			控除対象配偶者 同一生計配偶者			（左欄と異なる場合に記入）			配偶者控除が適用されている場合は控除対象配偶者に○で囲んでください。																													
⑪住所（⑥と異なる場合） 御前崎市池新田5585										被用者＝社会保険加入者 被用者等でない者＝国民健康保険加入者、社会保険の被扶養者			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）			配偶者控除が適用されている場合は控除対象配偶者に○で囲んでください。																													
⑫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			※算定対象の場合に○印																	
御前崎 次郎										子			平成 17・5・23			有・無			有・無			同・別			令和 年 月																							
算定対象（大学生相当年齢）全員について記入してください。													平成 ・ ・			有・無			有・無			同・別			令和 年 月																							
⑬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		
御前崎 三郎										子			平成 20・8・3			有・無			同一・維持			同・別			令和 年 月			同上			・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10,000円）			円					
児童の監護・保護をしている場合は「有」を○で囲んでください。 ※「無」の場合は児童手当を受													平成			同一・維持			同・別			令和 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10,000円）			円								
振込先の口座情報を記入 請求者名義の口座となります。													平成 令和			有・無			同一・維持			同・別			令和 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10,000円）			円					
⑭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			⑮所得状況			令和 年分所得額（請求者）（配偶者）			※合計月額														
御前崎 銀行 金庫 信託 農協 漁協										普通 当座			0 0 0			浜岡支店			0 0 0 0 0 0 0 0			御前崎 太郎			円 円			円																				

○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。

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※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。

市役所記入欄