

児童手当 認定請求書

															提出年月日		※受付確認年月日					
															令和 . .		令和 . .					
															※認定・却下年月日		※支給開始年月					
請 求 者	①（ふりがな）	おおいそ たろう					②性別	男・女		③生年月日	昭和・平成 00・00・00											
	氏名 （法人名等）	大磯 太郎					④職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者		⑤配偶者	有・無		令和 . .		令和 年 月 月分 （令和 年 月 月分）							
	⑥住所 （法人の主たる 事務所の所在地）	〒 255-8555 中郡大磯町東小磯183 日中連絡が取れる電話番号 0463（61）4100					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） 都 道 市 区 区 府 県 郡 町 海外の場合は国名													
	⑦個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	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（ ） ※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		⑨所得 の状況	令和 5 年分所得額 （請求者） 000,000,000 円 （配偶者） 000,000,000 円														
配 偶 者 等	⑩（ふりがな）	おおいそ はなこ					⑫生年月日	昭和・平成 . .		⑭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	⑮個人 番号	令和 5 年分所得額 （請求者） 000,000,000 円 （配偶者） 000,000,000 円									
	氏名	大磯 花子					⑬職業	ア. 被用者 イ. 公務員 勤務先： ウ. 被用者等でない者														
	⑪住所 （⑥と異なる場合）	〒 - □ 請求者と同じ 日中連絡が取れる電話番号 0463（61）1991					1月1日時点の住所 □ 1～5月分は前年 □ 6～12月分は本年		（□ 請求者と同じ・異なる場合に記入してください） 都 道 市 区 区 府 県 郡 町 海外の場合は国名													
⑯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）	（ふりがな） 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] ⑯「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。 （⑯児童の兄姉等と⑰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				
	（ おおいそ いちろう ） 大磯 一郎	子	平成 00・00・00	有・無	有・無	同・別	令和 年 月															
	（ ） 大磯 二子	子	平成 00・00・00	有・無	有・無	同・別	令和 年 月															
⑰ 児 童	（ふりがな） 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									
	（ おおいそ にこ ） 大磯 二子	子	平成 00・00・00	有・無	有・無	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									
	（ ）		平成 令和 . .	有・無	同一・ 維持	同・別	令和 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									
	（ ）		平成 令和 . .	有・無	同一・ 維持	同・別	令和 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									
⑱支払希望 金融機関 （	□ 児童手当の振込先に公金受取口座を利用する（利用する場合にチェック） ※ ⑳の以下の項目は記入不要です。							口座名義 ①請求者と同一の名義に限る		⑲ 譲渡所得の有無		有・無	※合計月額									
	名称	預金種別	支店コード	本・支店名		口座番号		オオイソ タロウ 大磯 太郎		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	円									
⑳ 同意事項	本事業に関し、受給可否に必要な住民記録情報、税情報について、公募等（マイナンバー制度による情報連携を含みます。）により町長が利用することに同意します。公募等で確認できない場合は、必要書類を提出します。 ※ 印の欄は、記入しないでください。太枠内を記入してください。字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。																					

職 員 使 用 欄	理由（事由発生日）			前住所地・前受給者の消滅日等			不足書類（確認事項）		
	□ 出生（ 年 月 日） □ 転入（ 年 月 日）			消滅日：令和 年 月 日（ 月分まで支給）			□ 被保険者証 □ 振込先口座 □ 別居監護申立書		
	□ 離婚・離婚調停（ 年 月 日）			支給市町村等：			□ 監護相当・生計費負担についての確認書		
	□ その他（ ）						□ その他（ ）		