

児童手当 認定請求書

大磯町長 殿														提出年月日 令和 . .				※受付確認年月日 令和 . .						
請 求 者	① (ふりがな)				② 性別 男・女				③ 生年月日 昭和・平成 . .				※認定・却下年月日				※支給開始年月							
	氏名 (法人名等)				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 (令和 . 年 . 月分)							
	⑥ 住所 (法人の主たる事務所の所在地)				〒 - 中郡大磯町 日中連絡が取れる電話番号 ()				1月1日時点の住所 □ 1～5月分は前年 □ 6～12月分は本年				(左欄と異なる場合に記入してください) 都 道 . . 市 区 . . 区 町 . . 府 県 . . 郡 . . 町 . . 海外の場合は国名											
	⑦ 個人番号				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 . 年分所得額 (請求者) 円 (配偶者) 円											
配 偶 者 等	⑩ (ふりがな)				⑪ 生年月日 昭和・平成 . .				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				控除対象配偶者 同一生計配偶者				⑬ 個人 番号							
	氏名				⑬ 職業 ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先:) ウ. 被用者等でない者				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							
	⑯ 住所 (⑥と異なる場合)				〒 - 中郡大磯町 □ 請求者と同一 日中連絡が取れる電話番号 ()				1月1日時点の住所 □ 1～5月分は前年 □ 6～12月分は本年				(□ 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 町 . . 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		
				()			平成 . .	有・無	有・無	同・別	令和 . 年 . 月													
				()			平成 . .	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 (月額30,000円)	※3歳未満の 場合に○印 (月額15,000円)	※左記以外の 場合に○印 (月額10,000円)	※手当月額						
				()			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	円											
				()			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	円											
				()			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	円											
				()			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	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		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		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） 支給市町村等：								□ 被保険者証 □ 振込先口座 □ 別居監護申立書 □ 監護相当・生計費負担についての確認書 □ その他（ ）							
	□ 離婚・離婚調停（ . 年 . 月 . 日）																							
	□ その他（ ）																							