

児童手当・特例給付 認定請求書



請求年月日											
年 月 日											
請求者	フリガナ						生年月日	性別	配偶者		
	氏名						年 月 日	男・女	有・無		
	マイナンバー										
	住所	藤沢市					日中連絡が 取れる電話番号	-			
	1月1日 時点	※上記と異なる場合に記入してください。 □1月～4月申請は、前年時点 □5月～12月申請は、本年時点									
		都道 府県		市区 郡		区 町	国名				
	職業	被用者（会社員等）・公務員（勤務先： Tel ()）・非被用者（自営業・無職・その他）									
加入 年金等 の種類	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（ ）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（日本郵政共済組合を含む） （ ） 地方公務員等共済					該当する方は、請求者の健康保険証のコピーを添付してください。 健康保険証に大学等支部名 又は 事業所名の記載がない場合は 年金加入証明書（別紙）を提出してください。					
受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入は不要です。記入された場合、公金受取口座の利用希望を取り下げます。） □振込口座を指定する ※下記に金融機関情報を記入してください。										
支払希望 金融機関	銀行		支店名		普通 預金	口座番号（7ケタ）		口座名義（カタカナ）			
	信用金庫	支店コード （3ケタ）	本店	支店							
	信組		本	店							
	農協		支	店							
	労働金庫		出	張							
			張	所							
			営	業							
			業	所							
配偶者等	フリガナ						生年月日	配偶者の電話番号			
	氏名						年 月 日	-			
	マイナンバー										
	住所	請求者住所と同じ・請求者と別居の場合（ ）									
	1月1日 時点	□請求者と同じ ※異なる場合は記入してください。 □1月～4月申請は、前年時点 □5月～12月申請は、本年時点									
	都道 府県		市区 郡		区 町	国名					
職業	被用者（会社員等）・公務員（勤務先： Tel ()）・非被用者（自営業・無職・その他）										
児童（18歳以下全員）	フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	監護	生計	居住	※児童との関係			
		男・女		年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		男・女		年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		男・女		年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		男・女		年 月 日	有・無	同一・維持	同居・別居	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
同意事項	この事業に関し、受給可否に必要な住民記録情報、税情報等について、公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含みます。）により市長が利用することに同意します。公簿等で確認できない場合は、必要書類を提出します。										
職員 使用 欄	年分 所得の合計額 (給与/年金雑所得控除後額:控除100,000円迄)	扶養 親族数	配控	その他の控除		法第3条 第1項控除	控除後の所得額	所得制限限度額			
	請求者	円	人	有・無 (特)	老扶・雑・医・小 老配・障・寡・ひ・勤	円	80,000円	円	万円		
	配偶者	円	人	有・無 (特)	老扶・雑・医・小 老配・障・寡・ひ・勤	円	80,000円	円	万円		
	所得上限限度額（請・配）	前支給確認（請・配）		認定・却下	年月日	支給開始年月	手当月額				
	万円	消滅日	年 月 日/ 月分まで				計	人	円		
		市・区・町・村	様								
	窓口に来た方	□請求者本人 □配偶者 □その他			本人確認	□マイナンバーカード □運転免許証 □パスポート □その他	認定(児・特)				
番号確認	□マイナンバーカード □マイナンバー記載の住民票または住民票記載事項証明書 □通知カード □その他 ()			却下							
不足書類	□保険証コピー □年金加入証明書 □振込先口座 □その他 ()										
受付	審査1	所	年	入力	審査2						
						□出生 □転入 □その他 □月末特例					