

(表面)

児童手当・特例給付 認定請求書

鳥栖市福祉事務所長 殿

提出年月日	※受付確認年月日
平成 . .	平成 . .

請求者	(フリガナ) ①氏名 (法人名等)	印	②性別	男・女	③生年月日	昭和 平成	年 月 日	④職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤配偶者の有無	有 無	
	⑥住所 (法人の主たる事務所の所在地)	鳥栖市 電話 (- -)							⑦個 番 人 号			
	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)				⑧支払希望 金融機関	名称		口座 番号			

配偶者等	(フリガナ) ⑨氏名	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、市区町村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。											
	⑩職業	ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先: ウ. 被用者等でない者)	⑫個 番 人 号									⑪住所 (⑥と異なる 場合)	1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、 6~12月分は本年)

⑬ 児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学をしている 場合の出国年月	住所	監護の有無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する 場合に○印		※3歳未満 の児童 ○印	※3歳以上 小学校修了前 の児童○印	※小学校修了後 中学校修了前の 児童○印
									未成年後見人 父母指定者 同居父母	未成年後見人 父母指定者 同居父母	未成年後見人 父母指定者 同居父母	未成年後見人 父母指定者 同居父母	
				同・別			有 無	同一 維持					
				同・別			有 無	同一 維持					
				同・別			有 無	同一 維持					
				同・別			有 無	同一 維持					
				同・別			有 無	同一 維持					
				同・別			有 無	同一 維持					

⑭加入している 公的年金制度の 種別	ア. 厚生年金保険 ※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。	イ. 国民年金 ウ. その他	⑮譲渡所得の有無有・無	認定・却下	認定・却下年月日	支給開始年月	区分	手当月額
	() 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済	()	⑯扶養親族等及び児童の数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)	人	却下			
			⑰所得の状況	年分所得額	控除後の所得額	所得制限限度額		
				円	円	円		

※ 審査	年分 所得の合計額	雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等 掛金控除額	障害者控除額 障害人・特障人	寡婦・寡夫・勤労 学生控除額	児童手当法施行令 第3条第1項による控除
	円	円	円	円	円	円	円

◎ 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(かいしよ)ではっきり書いてください。