

児童手当特例給付小学校修了前特例給付 認定請求書										提出年月日	※受付確認年月日
小林市長 殿										平成 . .	平成 . .
請求者	(ふりがな)氏名	住所			電話 ( )			支払希望金融機関	名称	口座番号	
	性別	男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成	. .	配偶者の有無	有 . 無				
支給要件児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	監護の有無	生計関係	※3歳未満支給対象児童○印	※3歳以上支給対象児童○印		
			昭和 平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一・維持				
			昭和 平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一・維持				
			昭和 平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一・維持				
			昭和 平成 . .	同 . 別		有 . 無	同一・維持				
加入している年金等の年金手帳、組合員証又は加入者証の記号・番号		第 号	譲渡所得		有 . 無	認定 却下	認定・却下 年 月 日 平成 . .	認定・却下 年 月 平成 . .	手当月額		
ア. 厚生年金保険		エ. 地方公務員等共済		扶養親族等及び児童の数 人 〔うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数 人〕		控除後の所得額	所得制限限度額	円計	3歳未満分		
イ. 私立学校教職員共済		オ. 国民年金							円		
ウ. 国家公務員共済		カ. その他 ( )						円			
被用者又は公務員であるか否かの別		ア. 被用者又は公務員 イ. 被用者等でない者		所得の状況	平成 年分所得額	円	円	円	円		
※審査	平成 年分所得の合計額		控 除								
			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	80,000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(かいしょ)ではっきり書いてください。 記名押印に代えて、署名することができます。

承諾欄	児童手当等の受給資格判定に伴う所得状況の調査については、地方税法に基づく住民税の課税台帳により確認されることに同意します。 年 月 日 受給者氏名
-----	--