

児童手当 認定請求書

南城市長 殿

請求者	①(ふりがな) 氏 名 (法人名等)							②性別 男・女	③生年月日			提出年月日 ・ ・	※受付確認年月日 ・ ・				
	⑥住所 (法人の主たる 事務所の所在地)	〒						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			※認定・却下年月日 ・ ・	※支給開始年月 (分)				
	⑦個人番号							電話		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)					
配偶者等	⑩(ふりがな) 氏 名							⑫生年月日	⑬職業		⑭請求者の加入している 公的年金制度の種別	⑨所得 の状況	年分所得額 (請求者) (配偶者)				
	⑪住所 (⑥と異なる場合)	〒						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		⑮個人 番号							
							ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先:) ウ. 被用者等でない者		⑯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							
⑯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)		(左欄と異なる場合に記入してください)	
⑯児童の兄弟等 (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)	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 についての確認書」をご提出ください。 (⑯児童の兄弟等と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				
				有・無	有・無	同・別											
				有・無	有・無	同・別											
⑰ 児 童	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				
				有・無	同一・ 維持	同・別			・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				
				有・無	同一・ 維持	同・別			・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				
				有・無	同一・ 維持	同・別			・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				
				有・無	同一・ 維持	同・別			・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	名称	預金種別	支店コード	支店名	口座番号			口座名義					※合計月額				
	銀行 金庫 信組 農協 漁協	普通・当座											円				

※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。