

児童手当・特例給付 認定請求書

認定番号

加古川市長 様

請求者	フリガナ						配偶者の有無	有・無	提出年月日	令和 年 月 日		
	氏名(保護者)						生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女	
	請求者個人番号											
	住所	加古川市					電話番号	— —				
							日中連絡先	— —				
	請求者の勤務先						加入している年金の種類	1 厚生年金 2 私立学校教職員共済 3 地方公務員等共済 4 国家公務員共済 5 その他共済年金 6 国民年金・未加入・その他				
	支払希望金融機関	普通	銀行・農協 信金・信組			本店 支店 出張所	フリガナ					
		口座番号				口座名義 ※請求者名義						
前住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ					1月1日時点の住所 (1月～5月は前年 6月～12月は本年)	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ					
配偶者	フリガナ						配偶者の生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日				
	配偶者の氏名(同意書)	児童手当の審査において、私の所得状況を確認することに同意します。					配偶者の勤務先	1. 会社員 2. 公務員 勤務先 () 3. その他 4. 無職 ※公務員の場合は、勤務先をご記入ください。				
	配偶者個人番号						配偶者住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ				
	配偶者住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ					配偶者前住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ				
	1月1日時点の住所 (1月～5月は前年、 6月～12月は本年)	<input type="checkbox"/> 請求者の1月1日時点住所と同じ					転出予定日					
児童	氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居別居	住所(別居の場合のみ記入)					
			平成 年 月 日 令和 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居						
			平成 年 月 日 令和 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居						
			平成 年 月 日 令和 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居						
			平成 年 月 日 令和 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居						
			平成 年 月 日 令和 年 月 日	有・無	同一維持	同居別居						

※太線の枠内に記入してください。

不足書類案内欄	
<input type="checkbox"/>	健康保険証の写し※保護者の分
<input type="checkbox"/>	年金加入証明書(別紙)
<input type="checkbox"/>	振込口座番号(通帳等)
<input type="checkbox"/>	配偶者の所得状況の確認に係る同意書
<input type="checkbox"/>	別居監護申立書
<input type="checkbox"/>	1月1日時点での住所地 <input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者
<input type="checkbox"/>	その他()

支給開始年月	年 月	被・非・特
<input type="checkbox"/> 児童手当法第8条3項適用		
手当月額	3歳未満	,000 円
	3歳～小学生	,000 円
	中学生	,000 円
	特例給付	,000 円
	計	,000 円
情報連携	<input type="checkbox"/> 受給者所得情報(市・区・町・村)	
	<input type="checkbox"/> 配偶者所得情報(市・区・町・村)	
	<input type="checkbox"/> 別居児童住民票情報(市・区・町・村)	
	<input type="checkbox"/> 年金情報(年金機構)	
<input type="checkbox"/> マイナンバー照会(年 月 日)		

《お問い合わせ先》 〒675-8501
加古川市加古川町北在家2000番地
加古川市役所 家庭支援課 手当給付係 (本館1階31番窓口)
TEL 079-427-9212 (直通)

受付印