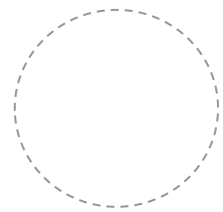


児童手当・特例給付 認定請求書



※太枠内にご記入ください。記名押印に代えて署名することができます。

申請日		年 月 日		No.							
立川市長 殿		児童手当の認定を請求します。なお、請求者と配偶者はこの請求及び毎年の資格審査のために、必要な所得状況等を公簿等で確認することを承諾します。確認できない場合は、関係書類等を提出します。									
請 求 者	現住所	立川市					電話番号	(父・母・その他)			
	フリガナ						生年月日	年 月 日			
	氏名	印					児童との続柄	父・母・養育者			
	個人番号						配偶者	有・無			
者	加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先：)									
	※振込先金融機関	銀行		信用金庫		支店	口座番号				
	(請求者名義)	番号	農協	店番							
配 偶 者	フリガナ	氏名		生年月日		続柄	同居	別居	監護	生計	障害
				年 月 日		夫	同居	/	同一	有	
	個人番号					妻	別居		維持	無	
加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先：)										
児 童	※18歳年度末までの児童			年 月 日		子	同居	有	同一	有	
				年 月 日		その他	別居	無	維持	無	
				年 月 日		子	同居	有	同一	有	
				年 月 日		その他	別居	無	維持	無	
別居先住所							電話				
確 認 事 項	年金	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち					所得金額		円		
	所得(父)	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 被扶養					所得	合計控除額		一律 80,000円 扶養 +医療費() +その他()	
	所得(母)	<input type="checkbox"/> 公簿 <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち <input type="checkbox"/> 未申告 <input type="checkbox"/> 被扶養								円 人	
	同意書	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 待ち					判定所得額		円		
	口座	<input type="checkbox"/> 済み <input type="checkbox"/> 待ち					月 額	5,000円 人			
本人確認	個	免許・パス・保険・在カ・他()				10,000円 人					
番号確認	カ	通カ・住台・住ネ・他()				15,000円 人		円			
その他	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 監護 <input type="checkbox"/> 住民 <input type="checkbox"/> 民生										
判 定	判定結果	認定		児童手当・特例給付		却下 ()		決定年月日			
	事由発生日	年 月 日		出生	転入	その他		受付	入力	確認	
	支給開始月	年 月分		から		15日特例					

特記事項

児童手当・特例給付 認定

記入例(同居)

※太枠内にご記入ください。記名押印に代えて署名することができます。

ご自宅か携帯電話の番号を記入してください。配偶者の方の番号でもかまいません。

申請日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	No.	
立川市長 殿 児童手当の認定を請求します。なお、請求者と配偶者の資格審査のために、必要な所得状況等を公簿等で確認する。認められない場合は、関係書類等を提出してください。			
現住所	立川市 〇〇町〇丁目〇番地の〇 〇〇アパート〇〇号室	電話番号	080-???-???? (父・母・その他)
氏名	姓 好カ 名 太郎	生年月日	S〇〇年 〇〇月 〇〇
性別	男	児童との続柄	父・母・養育者
配偶者	有	障害の有無	有・無
個人番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先:)
振込先金融機関	〇〇 銀行 信用金庫 〇〇 支店	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
配偶者	フリガナ 氏名 好カ ハナコ 立川 花子	生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
続柄	夫	同居別居	同居
監護有無	有	生計関係	同一維持
障害有無	有	個人番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先:)	加入年金	1 国民年金・未加入 2 厚生年金(公務員の方は勤務先:)
児童	姓 好カ 名 くるりん 立川 くるりん	生年月日	平成 〇〇年〇〇月〇〇日
続柄	子	同居別居	同居
監護有無	有	生計関係	同一維持
障害有無	有	姓 好カ 名 くるくる 立川 くるくる	令和 〇〇年〇〇月〇〇日
続柄	子	同居別居	同居
監護有無	有	生計関係	同一維持
障害有無	有	年 月	年 月
同居別居	同居	その他	別居
監護有無	有	維持	無
障害有無	有	無	無
別居先住所	電話		

所得の高い生計中心の方が請求者となります。

同一名義の口座情報を記入してください。(配偶者や児童名義の口座は不可)

配偶者がいる場合は、記入してください。

18歳年度末に達する前の児童について記入してください。

請求者が児童の監督・保護を行っている場合は、有に〇を記入してください。

対象児童が実子の場合、同一に〇を記入してください。

個人番号がわからない場合は、空欄でご提出ください。
個人番号を記入する場合は、申請者(請求者欄記載の方)の本人確認書類(免許証等のコピー)と番号確認書類(通知カード等のコピー)を添付してください。(郵送の場合)

番号確認	力 通カ・住台・住ネ・他()	月額	10,000円 人
その他			15,000円 人
判定結果	認定 児童手当・特例給付 却下 ()	決定年月日	
事由発生日	年 月 日	出生 転入 その他	受付 入力 確認
支給開始月	年 月分から	15日特例	

特記事項

