

記入例

児童手当・特例給付 認定請求書

※市受付印

知立市長 殿

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、受給者及び生計を同じくする配偶者の必要な情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む）により確認することに同意します。

提出年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|---|-----------|--------|-------|--------------|-----|------|-------|
| フリガナ | チリュウ ダイスケ | | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 56年6月10日 <input type="checkbox"/> 平成 | | | | | | | |
| 氏名 | 知立 大介 | | 住所 | 知立市 広見三丁目1番地 自宅電話 0566 - 83 - 1111 平日日中（本人携帯） 連絡先 配偶者携帯 080 - xxxx - xxxx | | | | | | | |
| マイナンバー | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | 加入している保険等の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 社保(本人) <input type="checkbox"/> 共済(本人) <input type="checkbox"/> 知立市以外の国保(本人) ⇒ 健康保険証のコピーを添付 | | | | | | | | |
| 勤務先 | 名称: (株) 知立 | 被用者以外 | <input type="checkbox"/> 知立市国保 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 社保(家族) <input type="checkbox"/> 共済(家族) ⇒ 健康保険証のコピー不要 <input type="checkbox"/> 知立市以外の国保(国民年金等) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| 支払希望金融機関 | 名称: 知立 銀行 信用金庫 農協 | 支店番号 | 1 2 3 | 普通 | | | | | | | |
| | 金融機関番号 | 支店番号 | 1 2 3 | 普通 | | | | | | | |
| | 口座名義人(カナ) 請求者名義に限る | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | 請求者名義の普通預金口座のみ指定が可能です。 | | | | | | | |
| フリガナ | チリュウ ハナコ | 生年月日 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 58年8月1日 <input type="checkbox"/> 平成 | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ | 氏名 知立 花子 | 住所 | (別居の場合のみ記入) | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | マイナンバー 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 | 就業有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 無 | 勤務先 名称: (株) 広見 | | | | | | | |
| | 配偶者の令和〇年1月1日時点の住所 | <input type="checkbox"/> 知立市 <input checked="" type="checkbox"/> 市外 ⇒ 愛知 刈谷 | <input type="checkbox"/> 正社員 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 公務員 | | | | | | | | |
| 氏名 | 知立 桜子 | 続柄 | 子・その他 () | 生年月日 | 21・10・10 | 同居別居の別 | 同居・別居 | 監護の有無(児童の養育) | 有・無 | 生計関係 | 同一・維持 |
| 氏名 | 知立 太郎 | 続柄 | 子・その他 () | 生年月日 | 1・5・5 | 同居別居の別 | 同居・別居 | 監護の有無(児童の養育) | 有・無 | 生計関係 | 同一・維持 |
| 氏名 | 子・その他 () | 続柄 | 子・その他 () | 生年月日 | 子・その他 () | 同居別居の別 | 同居・別居 | 監護の有無(児童の養育) | 有・無 | 生計関係 | 同一・維持 |
| 氏名 | 子・その他 () | 続柄 | 子・その他 () | 生年月日 | 子・その他 () | 同居別居の別 | 同居・別居 | 監護の有無(児童の養育) | 有・無 | 生計関係 | 同一・維持 |
| 別居中の児童の住所 | <input type="checkbox"/> 配偶者の別居先と同じ 刈谷市東陽町1丁目1番地 | | (海外留学をしている場合の出国年月 平成・令和 年 月) | | | | | | | | |

支給開始月が、
・1月から5月の場合は前年1月1日の住所地を、
・6月から12月の場合は本年1月1日の住所地をご記入ください。

「監護」とは、お子様の面倒をみており、通常必要な監督・保護を行っていることです。『無』の場合は手当は支給されません。

◎裏面の注意をよく読み、太枠内を記入してください。
◎字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください

| | | | |
|-------|---|----------|--|
| 代理申請 | <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他(備考欄に記入) | 受給者番号 | |
| 本人確認 | <input type="checkbox"/> 請求者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他 | 決定 | <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 却下 → <input type="checkbox"/> 非監護 <input type="checkbox"/> 非居住 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 事由 | 発生日 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他 () | 認定・却下年月日 | 15日特例 |
| 最終受給歴 | 消滅日 令和 年 月 日 令和 年 月分まで () 市・区・町・村 にて受給 確認日 令和 年 月 日 確認者 () | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| 備考 | <input type="checkbox"/> マイナンバー補記了承 請求者の方が加入している保険が「社会保険」等上記「被用者」の区分に該当する方は、請求者の方の保険証のコピーを併せてご提出ください(お子様のものではありません)。 | 手当月額 | 円 区分 児童手当特例給付 |
| | | 支給開始月 | 令和 年 月 から |