

太枠の中をご記入ください。

岩沼市長 あて

# 児童手当・特例給付 認定請求書

下記のとおり児童手当・特例給付の認定請求をします。  
また、児童手当・特例給付 認定請求書の提出にあたり、受給資格の審査のため、請求者及びその配偶者の所得等の状況を課税資料等により確認されることに同意します。

提出年月日			受付確認年月日				
令和	年	月	日	令和	年	月	日

請求者	(ふりがな)				性別	配偶者	(ふりがな)				
	氏名				男・女	有・無	氏名				
	生年月日		昭和 平成	年	月	日	個人番号 (マイナンバー)				
	住所		岩沼市				住所				
	1月1日時点の住所 (市区町村まで)		今年	<input type="checkbox"/> 上記と同じ		前年	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 今年と同じ		住所		電話 ( )

支払希望 金融機関	ア. 公金受取口座を利用する		イ. 振込口座を指定する		※金融機関名		※支店名		※口座番号	
	※あらかじめ公金受取口座を御登録いただく必要があります。		※右の口座情報を御記入ください。		銀行 組合 金庫 農協		支店 本店		※口座名義 (カタカナ)	

児童 (18歳年度未まで)	氏名・ふりがな	続柄	生年月日	同居・別居	住所	監護	生計関係	申請事由	認定・却下年月日	
				平成 令和	年 月 日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 配偶者と同じ	有 無	同一 維持	転入 (令和 年 月 日消滅)
			平成 令和	年 月 日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 配偶者と同じ	有 無	同一 維持	出生 その他( )	支給開始年月 令和 年 月
			平成 令和	年 月 日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 配偶者と同じ	有 無	同一 維持		
			平成 令和	年 月 日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ <input type="checkbox"/> 配偶者と同じ	有 無	同一 維持		

年分	控除前所得額	控除後所得額	所得制限限度額	所得上限限度額	児童手当法施行令第3条第1項による控除		扶養親族及び児童の数	(うち70歳以上の同一生計 配偶者及び老人扶養親族 の合計数)	その他控除
					給与所得/公的年金等所得を有する 場合の控除額(上限100,000円)	一律控除額			
請求者	円	円	円	円	円	80,000円	人 ( )	人	有・無
配偶者	円	円	円	円	円	80,000円	人 ( )	人	有・無