児童手当・特例給付　認定請求書

大阪府泉南市長　様

請求者	(フリガナ) 氏名 (法人名等)		性別		生年月日		職業	ア．被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者	提出年月日 令和　．　．	※受付確認年月日 令和　．　．	
	住所 (法人の主たる事務所の所在地)	電話（　　）					配偶者の有無	有・無	個人番号		
	1月1日時点の住所 (1～5月分は前年、6～12月分は本年)	(上欄と異なる場合に記入してください)	支払希望金融機関	金融機関名		支店コード	支店名		口座番号	口座名義人（カナ）	
配偶者等	(フリガナ) 氏名	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、市区町村が必要な税情報の公簿等の確認を行うことに同意します。					住所 (請求者と異なる場合)				
	職業	ア．被用者　イ．公務員　ウ．被用者等でない者 （勤務先：　　）	個人番号				1月1日時点の住所 (1～5月分は前年、6～12月分は本年)	(上欄と異なる場合に記入してください)			

児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	※3歳未満の児童○印	※3歳以上小学校修了前の児童○印	※小学校修了後中学校修了前の児童○印
				同・別	年　月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				同・別	年　月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				同・別	年　月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				同・別	年　月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

加入している公的年金制度の種別	譲渡所得の有無	有・無	認定・却下		区分	手当月額
ア．厚生年金保険　イ．国民年金 ※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 ウ．その他（　　）	扶養親族等及び児童の数　　人 （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　　人）		認定・却下年月日 令和　．　．	支給開始年月 令和　．　．	・児童手当 ・特例給付	3歳未満分　円 3歳以上小学校修了前分　円 中学生分　円 計　円
	所得の状況	年分所得額　円	控除後の所得額　円	所得制限限度額　円		

※審査	年分所得の合計額	控除 雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障人・特障人	寡婦・寡夫・勤労学生控除額	児童手当法施行令第3条第1項による控除
	円	円	円	円	円	円	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。