

大東市長様 児童手当・特例給付 認定請求書										※台帳番号		提出年月日		※受付確認年月日								
										※JIC		令和 年 月 日										
請求者	（ふりがな） 氏名	性別 男・女			生年月日	昭和 年 月 日	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	個人番号													
	住所	大東市 （携帯） - - （自宅） - -				1月1日時点の住所 （1～5月分は前年、 6～12月分は本年）		※左の欄と異なる場合のみ記入														
	支払希望金融機関	金融機関名			支店名		口座番号		口座名義(カタカナ)													
配偶者	（ふりがな） 氏名	性別			生年月日	昭和 年 月 日	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	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）										
有・無	配偶者の氏名			配偶者の職業		配偶者の住所		※請求者の住所と異なる場合のみ記入		配偶者の個人番号												
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									
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母													
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母													
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母													
			平成 年 月 日	同・別	平成 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母													
加入している年金等の 年金手帳、組合員証 又は加入者証の種別		ア. 厚生年金保険 イ. 私立学校教職員共済 ウ. 国家公務員共済			エ. 地方公務員等共済 オ. 国民年金 カ. その他（ ）		認定・却下	認定・却下年月日	支給開始年月	区分	手当月額											
譲渡所得の有無		有・無			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)		所得の状況	_____年分所得額	控除後の所得額	所得制限限度額	円		円									
※審査	()年分 所得の合計額		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		80,000円									
保留	・保険証 ・銀行口座 ・在留カード ・その他()		(転入時)消滅確認		他市連絡箋・電話連絡		子ども医療証案内		済・不要		児扶該当		有(説明済)・不要		スマイルサポート券		はろーべビィ		切替時記入欄		備考	
	()市 担当: _____氏確認 消滅日: 令和 年 月 日						支払月説明		済・未		特児該当		有(説明済)・不要		済・未・不要		済・未・不要		前受給者: (台: _____) 消滅事由: 消滅日: 令和 年 月 日			

◎ ※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。 ◎記入押印に代えて、署名することができます。

担当者: