

児童手当・特例給付 認定請求書

受付No.

--	--	--	--

(あて先) 豊中市長

提出日 年 月 日

請求者	フリガナ	性別	生年月日	職業	勤務先名	電話番号
	名前	男 女	年 月 日	1. 公務員 2. その他		自宅 () 携帯 ()
	住所		1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年) □左記と同じ		転入日	配偶者の有無

配偶者	フリガナ	性別	生年月日	職業	勤務先名	個人番号(12ケタ)
	名前	男 女	年 月 日	1. 公務員 2. その他		
	住所	□請求者と同じ		1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年) □請求者と同じ		

児童 ▽18歳以下の 養育している 児童全員	フリガナ 児童の名前	続柄	生年月日	同居・別居の別 (別居の場合は児童の住所を記入)	施設等 への入所	監護 養育	関係	生計関係	海外留学の場合 出国年月	3歳未満	3歳以上 小学校 修了前	小学校 修了後 中学校 修了前	高校生
				年 月 日	同居・別居()	有・無	有・無	同一・維持		年 月			
			年 月 日	同居・別居()	有・無	有・無	同一・維持		年 月				
			年 月 日	同居・別居()	有・無	有・無	同一・維持		年 月				
			年 月 日	同居・別居()	有・無	有・無	同一・維持		年 月				
			年 月 日	同居・別居()	有・無	有・無	同一・維持		年 月				

振 込 先	口座名義 (カタカナ)	請求者と同じ名義				加入 年金等 の種類	1. 厚生年金保険	被 用 者 非 被 用 者
	金融機関名	銀行 信金	支店	支店コード	2. () 共済年金			
	種 目	普通	口座番号				3. その他保険()	

所得制限対象額	円
扶養人数 (内老 人)	人
前市転出予定日	年 月 日
確認者 ()	
消滅日 (主宰者変更の場合) ()より	年 月 日
確認者 ()	
15日以内の届出 支給開始 月~	
受付者	

以下の内容に同意し、児童手当を請求します。
 受給資格等審査のために必要があるときは、児童の父及び母(父・母以外が請求者の場合は請求者を含む)の所得について、市民税課税台帳等により確認すること。
 本手当の支給に関する処分に関し必要があると認めるときは、官公署に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは受給資格者の雇用主その他の関係者に対し、必要な事項の報告を求めること。
 審査の結果、請求者と配偶者の所得が逆転していた場合、その旨を通知し、請求者の変更を求めること。

年金・口座・健保
 申立(別・主・住・養・留・未・父母・同居・他)
 住民・同意(所・D)・D証・在学
 戸籍・父母(指定・居住)・配個人番号
 所得証明(受・配)・パスポート(受・配)
 父・母 年1月1日豊中市在住
 同居優先・DV・養育者・海外留学
 全書類補完日 年 月 日

<input type="checkbox"/> 窓口	<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 配公務	S / M	<input type="checkbox"/> 児扶	<input type="checkbox"/> 主変
<input type="checkbox"/> 郵送	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 住登外	<input type="checkbox"/> こども医	<input type="checkbox"/> ひとり医	<input type="checkbox"/> 職権

審査	
認定・却下	年 月 日
支給開始	年 月
3歳未満	人 円
3歳~小学校修了	人 円
中学生	人 円
合計	人 円
被非区分	被・非・特

No.	
総所得	円
譲渡・その他	円
控除	円
	80,000円
所得制限対象額	円