

# 児童手当・特例給付 認定請求書

受付No. 

--	--	--	--

(あて先) 豊中市長

無職の人は「無」と記入してください。

提出日 H▲▲年▲▲月▲▲日

請求者	フリガナ トヨナカ ミライ	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 <input type="text" value="S・H"/> 年▲月▲日	職業 1.公務員	勤務先名 とよなか(株)	電話番号 自宅 ▲▲▲(▲▲▲)▲▲▲▲
	名前 豊中 未来			2.その他		携帯 ▲▲▲(▲▲▲)▲▲▲▲
	住所 中桜塚3-1-1	1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年)		転入日 H▲▲年▲▲月▲▲日	配偶者の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	個人番号(12ケタ)

配偶者	フリガナ トヨナカ キボウ	性別 <input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	生年月日 <input type="text" value="S・H"/> 年▲月▲日	職業 1.公務員	勤務先名 みらい(株)	個人番号(12ケタ)
	名前 豊中 希望			2.その他		9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
	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)		請求者と同じ		

フリガナ 児童の名前	続柄	生年月日	(別居)	施設等への入所	監護 関係	生計関係	海外留学の場合 出国年月
トヨナカ ユメ 豊中 ゆめ	子	H▲年▲月▲日	<input checked="" type="radio"/> 同居	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 同一 <input checked="" type="radio"/> 維持	H▲年▲月
トヨナカ ユウキ 豊中 ゆうき	子	H▲年▲月▲日	<input checked="" type="radio"/> 同居	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 同一 <input checked="" type="radio"/> 維持	H▲年▲月
トヨナカ ゲンキ 豊中 げんき	子	H▲年▲月▲日	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 同一 <input checked="" type="radio"/> 維持	H▲年▲月

審査
認定・却下
年月日
支給開始 年月
3歳未満
3歳~小学校修了
中学生
合計
被・非・特

児童福祉施設・旧身体障害者更生援護施設等に入所していなければ「無」に「0」をしてください。

現在海外留学中であれば、出国年月を記入してください。

生計関係は、父または母が請求者の場合は「同一」に、父または母以外の人が請求者で、かつ生計を営んでいる場合は「維持」に「0」をしてください。

監護の有無は養育していれば、「有」に「0」をしてください。

振込先	口座名義 (カタカナ) トヨナカ ミライ	加入年金等の種類	1. 厚生年金	被用者
金融機関名	こども未来 銀行 信金 市役所前 支店	支店コード	2. ( )	
種目	普通	口座番号	3. その他保険( )	非被用者
		1 2 3 4 5 6 7	4. 国民年金	
			5. 未加入	

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。

請求者の加入している年金に「0」をしてください。  
 私学共済以外の共済の被用者年金に加入している人は年金加入証明書または健康保険証のコピーが必要です。

所得証明(受・配)・パスポート(受・配)  
 父・母 平成 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

15日以内の届出 支給開始 月~

<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

80,000円
所得制限対象額
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( )
受付者