

下記のとおり児童手当の認定請求を行います。また、支給要件について、市が (注)太枠 内の内側を 年金加入状況および課税資料等を調査すること(マイナンバー制度による情報連携を含む。)に同意します。 記入してください。

請 求 者	佐賀市				配 偶 者	フリガナ (氏名)				提出年月日						
	フリガナ (氏名)					フリガナ (氏名)				受付確認年月日						
	個人 番号				個人 番号				生 年 月 日		S・H					
	生 年 月 日				S・H				配 偶 者 の 有 無		有・無					
TEL				振込先金融機関				銀行 農協 金庫 組合				本店 支店 出張所 支所		(店番) (口座番号)		
※日中連絡のつく連絡先				口座名義人(カナ)				※請求者名義に限ります。								
児 童	氏 名		生年月日		続柄		同居・別居 の別		監護の有無		生計関係		海外留学をしている 場合の出国年月		別居の場合の住所	
							同・別		有・無		同一・維持		年 月			
							同・別		有・無		同一・維持		年 月			
							同・別		有・無		同一・維持		年 月			
							同・別		有・無		同一・維持		年 月			
児 童 の 兄 姉 等	氏 名		生年月日		続柄		同居・別居 の別		監護相当の有無		生計費負担の有無		海外留学をしている 場合の出国年月		※監護相当、生計費負担が「有」の 児童の兄弟等(大学生年代)の有無 □有 □無 ⇒有の場合は以下チェック □児童と児童の兄弟等の合計 が2人 □児童と児童の兄弟等の合計 が3人以上⇒確認書の提出依頼	
			H				同・別		有・無		有・無		年 月			
			H				同・別		有・無		有・無		年 月			
加 入 年 金 等	ア. 厚生年金 イ. 私立学校教職員共済 ウ. 国家公務員等共済 ※上記ウまたはエの年金に加入されている方で、添付書類に勤務先 名称の記載がない方は、下の年金加入証明書が必要です。				エ. 地方公務員等共済 オ. 国民年金 カ. その他()				勤務先名称 又は職業 (TEL)							
	所得の状況				別添のとおり				扶養親族等 及び児童数				別紙のとおり			
年金加入証明書 (児童手当用)								受給者番号								
加入制度名		厚生年金		共済年金		判定		認定・却下		判定年月日						
当事業所における 年金加入年月日						区分		被・非		支給開始年月						
上記のとおり証明年月日まで被用者年金制度に加入し、勤務 していることを証明します。						手当月額		10,000・15,000・20,000・25,000・30,000・40,000 50,000・55,000・60,000・80,000・()								
						《備考》(出生・転入・新規・受給者変更・その他)										
(証明者)						事業所所在地										
事業所名																
代表者又は責任者																

注) 請求者が公務員等(独立行政法人を除く)の場合は、職場での手続となります。

下記のとおり児童手当の認定請求を行います。また、支給要件について、市が (注)太枠 内の内側を 年金加入状況および課税資料等を調査すること(マイナンバー制度による情報連携を含む。)に同意します。 記入してください。

請 求 者	佐賀市 栄町1番1号 サガ タロウ 佐賀 太郎		フリガナ (氏名) サガ ハツコ 佐賀 初子	提出年月日 R7 . 6 . 3				
	フリガナ (氏名) 佐賀 太郎	個人 番号 210987654321	配偶者の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者職業 <input checked="" type="checkbox"/> 1.公務員(勤務先: 市立〇〇小学校) <input type="checkbox"/> 2.その他				
	個人 番号 123456789012	令和7年1月1日 現在の住所	請求者 <input type="checkbox"/> 市内 <input checked="" type="checkbox"/> 市外(福岡市) <input type="checkbox"/> 国外()	配偶者 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外() <input type="checkbox"/> 国外()				
	生年月日 S . H 62 . 1 . 1	TEL 090-1234-5678	振込先金融機関 〇〇	銀行 農協 金庫 組合				
口座名義人(フリガナ) ※請求者名義に限ります。 サガ タロウ		本店 支店 出張所 支所	(店番) 123	(口座番号) 4567890				
氏 名		生年月日	続柄	同居・別居 の別	監護の有無	生計関係	養育費の負担の有無	海外留学をしている 場合の出国年月
佐賀 花子		H 20 . 1 . 5	子	同 (別)	有 (無)	同 (維持)	有 (無)	
佐賀 次郎		R 2 . 5 . 8	子	同 (別)	有 (無)	同 (維持)	有 (無)	
18歳に達する日以降の最初の3月31日を経過した子から22歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある子(大学生年代)を記入してください。監護相当、生計費負担が無しの場合でも記入してください。 ※児童と児童の兄弟等(監護相当、生計費負担有)の合計人数が3人以上の場合、児童の兄弟等についての「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。		養育していれば有に〇をつけてください。		別居の場合でも「別居監護申立書」の提出は不要です。		生活費(食費、家賃等)や学費等を負担していれば有に〇をつけてください。		※監護相当、生計費負担が「有」の児童の兄弟等(大学生年代)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ⇒有の場合は以下チェック <input type="checkbox"/> 児童と児童の兄弟等の合計が2人 <input type="checkbox"/> 児童と児童の兄弟等の合計が3人以上⇒確認書の提出依頼
↓ 佐賀 一郎		H 17 . 7 . 7	子	同 (別)	有 (無)	有 (無)	有 (無)	
ア. 厚生年金 イ. 私立学校教職員共済 ウ. 国家公務員等共済 ※上記うまたはエの年金に加入されている方で、添付書類に勤務先名称の記載がない方は、下の年金加入証明書が必要です。		エ. 地方公務員等共済 オ. 国民年金 カ. その他()		勤務先名称 又は職業 株式会社 (TEL) 0952-30-1234		所得の状況		別添のとおり 扶養親族等 及び児童数 別紙のとおり
年金加入証明書 (児童手当用)		受給者番号		判定		認定・却下		判定年月日
加入制度名		厚生年金 ・ 共済年金		区分		被・非		支給開始年月
当事業所における 年金加入年月日		手当月額		10,000・15,000・20,000・25,000・30,000・50,000 55,000・60,000・80,000・85,000・()		《備考》		変更・その他)
上記のとおり証明年月日まで被用者年金制度に加入し、勤務していることを証明します。		年 月 日		上記ウまたはエの年金に加入の方で、添付書類に勤務先名称の記載がない方は、勤務先から証明をもらっていただく場合があります。		受付		入力 日付 サイン
(証明者) 事業所所在地 事業所名 代表者又は責任者		印 会 社		確認 日付 サイン		日付 サイン		日付 サイン

注)請求者が公務員等(独立行政法人を除く)の場合は、職場での手続となります。