

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				令和7年1月1日 現在の住所				請求者		□市内 □市外() □国外()	
TEL				振込先金融機関				配偶者職業		1. 公務員(勤務先: 2. その他		
※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。				□市内 □市外() □国外()		□市内 □市外() □国外()		
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。 年 月 日 (証明者) 事業所所在地 事業所名 代表者又は責任者						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)						
代表者又は責任者						受付		入力		確認		
								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。