

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																												
<table border="1"> <tr> <th>氏 名</th> <th>生年月日</th> <th>続柄</th> <th>同居・別居 の別</th> <th>監護の有無</th> <th>生計関係</th> <th>海外留学をしている 場合の出国年月</th> </tr> <tr> <td>佐賀 花子</td> <td>H 20 . 1 . 5</td> <td>子</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>同 <input type="checkbox"/>別</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>同一・維持</td> <td></td> </tr> <tr> <td>佐賀 次郎</td> <td>R 2 . 5 . 8</td> <td>子</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>同・別</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>同一・維持</td> <td></td> </tr> <tr> <td>佐賀 一郎</td> <td>H 17 . 7 . 7</td> <td>子</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>同 <input type="checkbox"/>別</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td><input checked="" type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> </table>					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	佐賀 花子	H 20 . 1 . 5	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同一・維持		佐賀 次郎	R 2 . 5 . 8	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同一・維持		佐賀 一郎	H 17 . 7 . 7	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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																										
佐賀 花子	H 20 . 1 . 5	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同一・維持																											
佐賀 次郎	R 2 . 5 . 8	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同・別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同一・維持																											
佐賀 一郎	H 17 . 7 . 7	子	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																											
<p>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。</p> <p>別居の場合でも「別居監護申立書」の提出は不要です。</p> <p>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。</p> <p>養育していれば有に〇をつけてください。</p> <p>別居の場合は「別居監護申立書」をご提出ください。</p>																																
<input checked="" type="checkbox"/> ア 厚生年金 <input type="checkbox"/> イ 私立学校教職員共済 <input type="checkbox"/> 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。		<input type="checkbox"/> エ 地方公務員等共済 <input type="checkbox"/> オ 国民年金 <input type="checkbox"/> カ その他()		勤務先名称 又は職業 株式会社 (TEL) 0952-30-1234																												
年金加入証明書 (児童手当用)		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																												
<table border="1"> <tr> <th>加入制度名</th> <td>厚生年金</td> <td>共済年金</td> </tr> <tr> <th>当事業所における年金加入年月日</th> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		加入制度名	厚生年金	共済年金	当事業所における年金加入年月日			受給者番号 判定 認定・却下 区分 被・非 手当月額 10,000・15,000・20,000・25,000・30,000・50,000 55,000・60,000・80,000・85,000・()																								
加入制度名	厚生年金	共済年金																														
当事業所における年金加入年月日																																
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。 (証明者) 事業所所在地 事業所名 代表者又は責任者		上記う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。 年 月 日																														
		受付 入力 日付 サイン 確認 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。