


児童手当

特例給付認定請求書

佐賀市長 殿

下記のとおり児童手当及び特例給付の認定請求を行います。また、支給要件について、(注)太枠 〇 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 サガ ハツコ 佐賀 初子		提出年月日 R6 . 5 . 1			
	フリガナ (氏名) 佐賀 太郎		個人番号 2 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1		受付確認年月日 S・H 60 . 2 . 2			
	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		配偶者の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		配偶者職業 1. 公務員 <input type="radio"/> 2. その他(<input checked="" type="radio"/> 会社員)			
	生年月日 S・H 55 . 1 . 1		令和6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()			
TEL	090-1234-5678 ※日中連絡のつく連絡先		振込先金融機関 ※請求者名義に限りです。	銀行 <input checked="" type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 組合	本店 <input type="radio"/> 支店 <input checked="" type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 支所			
氏名		生年月日	続柄	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月日	住所	監護の有無	生計関係
佐賀 花子		H 29 . 1 . 5	子	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	年 月		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 維持
佐賀 一郎		R 2 . 5 . 8	子	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	年 月		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 維持
↑		.	.	同・別	年 月		有・無	同一・維持
高校生以下の児童を記入してください。		.	.	同・別	年 月			同一・維持
		.	.	同・別	年 月			同一・維持
加入年金等	<input checked="" type="radio"/> 厚生年金 <input type="radio"/> 私立学校教職員共済 <input type="radio"/> 国家公務員等共済		エ. 地方公務員等共済 オ. 国民年金 カ. その他()		受給者番号 判定 認定・却下 判定年月日 区分 被・非 特例給付 有・無 支給開始年月 譲渡所得 有・無 前年中に土地・建物等の譲渡所得がある場合は「有」を〇で囲んでください。			
	※上記アからエの年金に加入されている方で、健康保険証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。		勤務先名称又は職業 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 株式会社 (TEL) 0952-30-1234		養育していれば有に〇をつけてください。			
	所得の状況 別添のとおり		扶養親族等及び児童数		(扶養親族等及び児童の数 (人) (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数 (人))			
	年金加入証明書 (児童手当・特例給付用)		別紙のとおり		障害者控除額 障 人・特障 人 円 寡婦・寡夫・特寡・勤労学生控除額 円 雑損控除額 円 医療費控除額 円 小規模企業共済等掛金控除額 円 給与所得及び公的年金に係る所得に対する控除 円 児童手当法施行令第3条1項による控除 80,000 円 控除後の所得額 円 所得制限限度額 円			
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		年 月 日		上記アからエの年金に加入の方で、健康保険証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ください。				
				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、職場での手続きとなります。