

佐賀市長 様

児 童 手 当 認 定 請 求 書

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 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										フガナ (氏名)										提出年月日	
	フガナ (氏名)										個人 番号										S・H	
	個人 番号										配偶者の有無		有・無		配偶者職業		1. 公務員 2. その他()					
	生年月日										令和6年1月1日 現在の住所		請求者		□市内 □市外() □国外()		配偶者		□市内 □市外() □国外()			
	TEL										振込先金融機関 ※請求者名義 に限りませ。		銀行 農協 金庫 組合		本店 支店 出張所 支所		(店番)		(口座番号)			
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 場合の出国年月日		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		生計負担の有無		海外留学をしている 場合の出国年月日		※ 児童の兄弟等(大学生 年代)の有無確認 □ 無し □ 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 エ. 地方公務員等共済 イ. 私立学校教職員共済 オ. 国民年金 ウ. 国家公務員等共済 カ. その他() ※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		(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・50,000 55,000・60,000・80,000・85,000・()		《備考》(出生・転入・新規・受給者変更・その他)										
年 月 日																						
(証明者)																						
事業所所在地																						
事業所名																						
代表者又は責任者																						
												受付		入力								
												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。