

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。 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・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)																	
⑩										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。

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 栄町1番1号 サガ タロウ 佐賀 太郎		配偶者 フガナ (氏名) サガ ハツコ 佐賀 初子		提出年月日 R6 . 6 . 3		
	個人番号 (氏名) 佐賀 太郎		個人番号 210987654321		生年月日 S H 62 . 2 . 2		
	個人番号 123456789012		配偶者の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		配偶者職業 <input checked="" type="radio"/> 1 公務員(勤務先:市立〇〇小学校) <input type="radio"/> 2. その他		
	生年月日 S H 62 . 1 . 1		現在の住所 令和6年1月1日 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 checked="" 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 農協 金庫 組合		
氏名		生年月日		続柄		同居・別居 の別	
佐賀 花子		H 20 . 1 . 5		子		同 別 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
佐賀 次郎		R 2 . 5 . 8		子		同・別 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
児童と児童の兄弟等の合計人数が3人以上の場合、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。 ※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。		別居の場合は「別居監護申立書」をご提出ください。		別居の場合でも「別居監護申立書」の提出は不要です。	
佐賀 一郎		H 17 . 7 . 7		子		同 別 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
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。		海外留学をしている場合の出国年月		※児童の兄弟等(大学生年代)の有無確認 <input type="checkbox"/> 無し <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			
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な場合があります。		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 〇〇〇〇株式会社 (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		判定		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・()	
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		《備		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いただく場合があります。		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		印 会 社		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。