

児童手当・特例給付 認定請求書

（宛て先） 松本市長

児童手当又は特例給付の支給要件の該当性を審査するため、市区町村が必要な税情報の公簿等の確認を行うことに同意します。

提出年月日

※受付確認年月日

令和 . .

令和 . .

請 求 者	①（ふりがな） 氏名					②生年月日 昭和・平成 . .	③職業 ア. 会社員 イ. 公務員 勤務先： ウ. 自営業および無職等	④配偶者の有無 有・無
	⑤住所	〒 松本市				⑥電話 自宅・父携帯・母携帯	⑦個人番号	
	⑧支払希望金融機関	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する（右欄に記入）	金融機関 銀行・信金 信組・農協	支店名 支店 支所 出張所	口座番号	口座名義（カタカナ）	銀行コード	
配偶者等	⑨（ふりがな） 氏名	生年月日 昭和 平成 . .		⑩職業 ア. 会社員 イ. 公務員 勤務先： ウ. 自営業および無職等	⑪住所	⑫個人番号		

⑬1月1日時点の住所（松本市以外の方）
（1月～5月の申請の方は前年の1月1日時点の住所）

請求者
配偶者

⑭ 児 童	氏名	続柄	生年月日	同別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○	※3歳未満の児童に○	※3歳以上小学校修了前の児童に○	※小学校修了後中学校修了前の児童に○
			平成・令和 . .	同・別	平成・令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成・令和 . .	同・別	平成・令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成・令和 . .	同・別	平成・令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成・令和 . .	同・別	平成・令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
			平成・令和 . .	同・別	平成・令和 年 月		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

⑮加入している公的年金制度の種別	ア. 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 () 私立学校教職員共済 () 公立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済	イ. 国民年金 ウ. その他 ()	譲渡所得の有無 有 . 無	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	認定・却下 令和 . .	支給開始年月 令和 .	区分 ・児童手当 ・特例給付 ・所得上限額超過	手当月額 3歳未満分 円 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円
	所得の状況 令和 年分所得額 円		所得の状況 令和 年分所得額 円	控除後の所得額 円	所得制限限度額 円	所得制限限度額 円	所得制限限度額 円	
	控除 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 障害者控除額 円 寡婦・寡夫・勤労学生控除額 円 児童手当法施行令第3条第1項による控除 80,000円							

※令和 年分所得の合計額 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	障害者控除額 円	寡婦・寡夫・勤労学生控除額 円	児童手当法施行令第3条第1項による控除 80,000円
----------------	---------	----------	-----------------	----------	-----------------	-----------------------------

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎太枠の欄は、記入しないでください。
◎字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。

松本市の国民健康保険以外の方は請求者本人の「健康保険証のコピー」を添付してください。

※該当 □に ✓ してください。
 個人番号等本人記入 確認し受理
 個人番号等本人記入 確認し誤りがあったため誤りの補正を求め補正されたものを受理
 個人番号のみ未記入 記入事項について本人に十分確認し、了解を得たため担当者が記入

受付者	前住所地支給月	入力日	入力者
		/	

児童手当・特例給付 認定請求書

記入例

この支給要件の該当性を審査するため、市区町村が必要な税情報の公簿等の確認を行うことに同意します。

提出年月日	※受付確認年月日
令和 1・5・31	令和 . .

請求者	①(ふりがな) 氏名 (法人名等)	まつもと たろう 松本 太郎		②生年 月日	昭和・平成 56・6・27	③職業	ア 会社員 イ 公務員 ウ 自営業および無職等	④配偶 者の 有無	有・無
	希望する方法 にチェック	〒 390-8620 松本市 丸の内3番7号	⑥電話	0263-34-3000		⑦個人 番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6		
配偶者等	⑨(ふりがな) 氏名	まつもと はなこ 松本 花子		生年月日	昭和 64・1・1	⑩職業	ア 会社員 イ 公務員 ウ 自営業および無職等	⑪住所	同上
	金融機関	支店名	口座番号	口座名義(カタカナ)		銀行コード			
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する	松本	市役所前	(普) 1234567	マツモト タロウ		0012-345		

⑬1月1日時点の住所(松本市以外の方)	請求者	塩尻市大門七番町1234番	配偶者	安曇野市豊科12番地345
(1月~5月の申請の方は前年の1月1日時点の住所)				

氏名	続柄	生年月日	同別居 の別	海外留学を している場合の 出国年月	住所	監護の 有無	生計 関係	※児童との関係 で、該当する場合 に○	※3歳未満の児童に ○	※3歳以上小学校修 了前の児童に○	※小学校修了後中 学校修了前の児童 に○
								松本 一郎	子	平成 21.7.20	同・別
松本 ゆうこ	子	平成 30.1.3	同・別	平成・令和 年 月	同上	有・無	同 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
松本 二郎	子	平成 1.5.30	同・別	平成・令和 年 月	同上	有・無	同 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		平成・令和 . . .	同・別	平成・令和 年 月		有・無	同 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		平成・令和 . . .	同・別	平成・令和 年 月		有・無	同 維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

⑮加入している公的年金制度の 種別	ア 厚生年金保険 ※以下の共済組合の組合員である場合は 括弧内に○を記入してください。	イ 国民年金 ウ その他	譲渡所得の有無	有 . 無	認定 却下	認定・却下 年月日	支給開始年月	区分	手当月額
	() 私立学校教職員共済 () 公立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済	()	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	控除後の所得額	所得制限限度額	令和 . .	令和 .	・児童手当 ・特例給付 ・所得上限額超過	3歳未満分 円 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円

※ 審 査	令和 年 分 所得の合計額	雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等 掛金控除額	障害者控除額 障害人・特障人	寡婦・寡夫・勤労 学生控除額	児童手当法施行令 第3条第1項による控除
	円	円	円	円	円	円	80,000円

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎太枠の欄は、記入しないでください。
◎字は、楷書(かいじょう)ではっきり書いてください。

松本市の国民健康保険以外の方は請求者本人の
「健康保険証のコピー」を添付してください。

- ※該当 □に ✓ してください。
- 個人番号等本人記入 確認し受理
 - 個人番号等本人記入 確認し誤りがあったため誤りの補正を求め補正されたものを受理
 - 個人番号のみ未記入 記入事項について本人に十分確認し、了解を得たため担当者が記入

受付者	前住所地支給月	入力日	入力者
		/	