

児童手当 認定請求書

南国市長 様

		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 （法人名等）	②性別	男 ・ 女	③生年月日	昭和・平成								
	⑥住所 （法人の主たる事務所の所在地）	南国市			電話 ()								
	1月1日時点の住所 （1～5月分は前年、6～12月分は本年）	（上欄と異なる場合に記入してください）											
配 偶 者 等	⑨（ふりがな） 氏名	生年月日	昭和・平成	⑩住所 （⑥と異なる場合）	電話 ()								
	⑩職業	ア. 被用者 ウ. 被用者等でない者 イ. 公務員（勤務先：)	⑪個人番号	1月1日時点の住所（1～5月分は前年、6～12月分は本年） （上欄と異なる場合に記入してください）									
	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、南国市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。 <input type="checkbox"/>												
⑬ 児 童 （22歳に達する日以後の最初の3月末まで）	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	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○印	※3歳未満	※3歳以上小学校修了前	※中学生	※高校生	
			平成 令和	同・別	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	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	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	年 月	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母					
⑭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 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		イ. 国民年金 ウ. その他 ()		所得の状況 （請求者）	令和 5年分所得額	認定 却下	認定・却下年月日	支給開始年月	手当月額			
						円		令和	令和	3歳未満分	円	3歳以上小学校修了前	円
						手当月額と算定児童数		月額30,000円	月額15,000円	月額10,000円	中学生分	円	高校生分
				円	人	人	人	計	円	円	円		
所得の状況（配偶者）		令和 5年分所得額		備考欄									

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、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。