

(届出先) 上田市長 様

児童手当・特例給付 認定請求書

※整理番号	※受付NO.
提出年月日	※受付確認年月日
令和 年 月 日	令和 年 月 日

請求者	ふりがな					住所					電話1	-	-		
	氏名	印				1月1日時点の住所	(上覧と異なる場合に記入してください)				電話2	-	-		
個人番号					性別	男・女	生年月日	昭和 平成	職業	ア. 会社員 イ. 自営業	ウ. 公務員(公務員共済加入者) エ. その他()	配偶者の有無	有・無		
配偶者等	ふりがな					住所	(請求者と異なる場合に記入してください)				支払希望金融機関(請求者名義)	銀行 金庫		本店支店 支所・出張所	種目 1. 普通 2. 当座
	氏名					1月1日時点の住所	(請求者と異なる場合に記入してください)					支店コード	口座番号		
	個人番号					配偶者の職業	ア. 会社員 ウ. 公務員(公務員共済加入者) イ. 自営業 エ. その他()					名義人(カタカナ)			
	生年月日	昭和 平成													

課税情報等の確認に係る同意 児童手当又は児童手当法に定める特例給付の認定請求にあたり、受給資格を確認するため、住民基本台帳の閲覧、所得の状況を市民税の課税資料により、上田市において確認することに同意します。

(請求者) 印 (配偶者) 印

児童(養育する18歳未満のすべての児童)	ふりがな	性別	続柄	生年月日	同居・別居	海外留学している場合の出国年月日	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歳未満の児童○印	※3歳以上小学校修了前の児童○印	※小学校修了後中学校修了前の児童○印
	氏名												
		男・女		平成 令和	同・別	平成 令和		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		男・女		平成 令和	同・別	平成 令和		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		男・女		平成 令和	同・別	平成 令和		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		男・女		平成 令和	同・別	平成 令和		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		男・女		平成 令和	同・別	平成 令和		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

勤務先	加入している公的年金制度の種類	譲渡所得の有無	有・無	認定・却下年月日	支給開始年月	手当月額	3歳未満分	円
	ア 厚生年金保険 ※以下の共済組合は、()内に○ () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員共済 イ 国民年金 ウ その他	扶養親族	扶養親族等及び児童の数 うち70歳以上の同一生計配偶者 及び老人扶養親族の合計数	令和 年 月 日	令和 年 月		3歳以上小学校修了前分	円
							中学生分	円
							計	円

※ 審査	平成 令和 年分所得の合計額	控 除						80,000 円
	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 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		
	控除後の所得額	所得制限限度額	円	区 分	児童手当・特例給付			

注 1 ※印の欄は、記入しないでください。
2 字は楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。
3 記名押印に代えて、署名することができます。

【お問合せ先】
健康子ども未来部 子育て・子育て支援課 電話：0268-23-5106
丸子地域自治センター(市民サービス課) 電話：0268-42-1039
真田地域自治センター(市民サービス課) 電話：0268-72-2203
武石地域自治センター(市民サービス課) 電話：0268-85-2067

番号確認書類	身元確認書類
マイナンバーカード 通知カード マイナンバー付き住民票 その他()	マイナンバーカード 運転免許証 パスポート 通知文 社員証 学生証 保険証 資格証 その他()