

児童手当 認定請求書

(宛先) 富山市長

提出年月日 令和 年 月 日
\*受付確認年月日 令和 年 月 日

請求者 (ふりがな) 氏名 住所 電話 ( - - ) 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)
性別 男・女 生年月日 昭和 平成 年 月 日 職業 1.被用者 2.被用者等でない者 3.公務員
配偶者の有無 有・無 勤務先
支払希望金融機関 (請求者名義) 口座名義 (カタカナ)
※銀行コード ※支店コード

配偶者等 (ふりがな) 氏名 住所 (別居の場合) 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)
生年月日 昭和 平成 年 月 日 職業 1.被用者 2.被用者等でない者 3.公務員
勤務先 請求者の控除対象同一生計配偶者または同一生計配偶者に○印

児童

(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)

Table with columns: (ふりがな) 氏名, 続柄, 生年月日, 同居別居の別, 住所 (別居の場合), 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, ※児童との関係, ※3子以降, ※3歳未満, ※左記以外

児童の兄姉等

(18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過し、22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)

Table with columns: (ふりがな) 氏名, 続柄, 生年月日, 同居別居の別, 住所 (別居の場合), 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, [注意] 「監護相当の有無」及び「生計負担の有無」がいずれも「有」の場合は本請求書と併せて「監護相当・生計負担の負担についての確認書」をご提出ください。

加入している公的年金制度の種類別 (請求者) 年分 所得額 ※認定・却下 ※手当月額
ア 厚生年金保険 イ 国民年金 ウ その他 ( ) 所得状況 (配偶者)
※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

◎※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。

◎児童手当は、市に寄附することができます。希望される場合は、別途申出書が必要です。

マイナンバー記載あり
本人確認 (1点) □運転免許証 □マイナンバーカード □パスポート
(2点) □保険証・年金手帳等 □その他 ( )
マイナンバー記載なし □個人番号照会了承済

地区センター