

(表面)

児童手当・特例給付 認定請求書

様式第2号 (第1条の4関係)

様

提出年月日	※受付確認年月日

請求者	(フリガナ) ①氏名 (法人名等)	印	②性別 男・女	③生年月日	④職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤配偶者の有無 有 無
	⑥住所 (法人の主たる事務所の所在地)	電話	⑦個 番 人 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)			⑧支払希望金融機関 名称 支店名	口座番号 口座名義

配偶者等	(フリガナ) ⑨氏名	⑩住所 (⑥と異なる場合に記入してください)			
	⑩職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑫個 番 人 号	1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、6~12月分は本年)		

⑬ 児童	氏名	続柄	生年月日	同居・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○印		※3歳未満の児童	※3歳以上小学校修了前	※小学校修了後中学校修了前
									○印	○印	○印	○印	
				同・別			有 無	同一維持	未成年後見人 父母指定者 同居父母				
				同・別			有 無	同一維持	未成年後見人 父母指定者 同居父母				
				同・別			有 無	同一維持	未成年後見人 父母指定者 同居父母				
				同・別			有 無	同一維持	未成年後見人 父母指定者 同居父母				
				同・別			有 無	同一維持	未成年後見人 父母指定者 同居父母				
				同・別			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 ()	⑮譲渡所得の有無 有・無	⑯扶養親族等及び児童の数 (うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数)	認定・却下	認定・却下年月日	支給開始年月	区分	手当月額
									円 円 円 円

※審査	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 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	円

※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。記名押印に代えて、署名することができます。