

◆児童手当の請求者は、原則として
父母等のうち所得の高い方となります。

児童手当・特例給付 認定請求書

(あて先) 松江市長

受給資格の審査のために、現有公簿による受給者および配偶者の所得額等の確認に同意します。

提出年月日	令和5年4月10日	※受付確認年月日	年 月 日
-------	-----------	----------	-------

請求者	氏名	まつえ たろう 松江 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	平成元 年 11 月 11 日
	住所	松江市〇〇町11番地11 電話 090 (0000) 0000	職業	<input checked="" type="radio"/> ア 被用者イ、公務員 <input checked="" type="radio"/> ウ 被用者等でない者	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	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	氏名	まつえ はなこ 松江 花子	職業	<input type="radio"/> ア 被用者イ、公務員 <input checked="" type="radio"/> ウ 被用者等でない者	配偶者の個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
	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	金融機関	〇〇 <input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 農協
	支店名	〇〇 <input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 出張所 店番号 1 2 3
	口座名義	(カタカナ) マツエ タロウ
	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
種別	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 <input type="radio"/> 貯蓄	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します		

児童	氏名	松江 一子	続柄	子	生年月日	令和5年4月1日	同居・別居の別	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	住所	同上	監護の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	生計関係	<input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 維持	※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
	加入している年金等の種類	<input checked="" type="radio"/> 厚生年金保険 <input type="radio"/> 国民年金 <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ その他 ()																

◆保険証が職場で発行されている場合
→「ア」または「イ」
◆国民健康保険に加入している場合→「ウ」
◆保険証が「被扶養者」の場合→「ウ」

◆マイナンバーを記入してください

◆必ず「請求者」名義の口座を
記入してください。
※児童手当は、請求者名義以外の
口座へ振り込むことはできません。

加入している年金等の種類 又は加入者証の種類	<input checked="" type="radio"/> 厚生年金保険 <input type="radio"/> 国民年金 <input type="radio"/> イ <input type="radio"/> ウ その他 ()																	
	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																	
	所得の状況	譲渡所得の有無	有・無	扶養親族等及び児童の数	人	控除後の所得額	円	所得制限限度額	円	認定・却下	認定・却下年月日	年月日	支給開始年月	年月	区分	手当の種類	手当月額	
※審査	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	障害者・特除人	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	計	円	80,000円	

【請求事由】 出生・転入(転入日 年 月 日)、前住所： ()
受給者変更 ()
その他(制度改正により)

※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。

受付 () 本人確認口

記入例 I

配偶者の所得等について

1 配偶者の氏名・生年月日をご記入ください。

(ふりがな) 氏名 まつえ はなこ 松江 花子	生年月日 平成2年 2月 2日
---	---------------------------

2 配偶者の所得について、該当に○印、又はご記入ください。

①前年中（1～5月分 は前々年中） の所得について ア) 受給者より 配偶者が高い <input checked="" type="radio"/> イ) 受給者より 配偶者が低い	アの場合 ②と③を 記入	②住民税の お子様の扶養は ア) 受給者 イ) 配偶者 ウ) その他 ()	③健康保険の お子様の扶養は ア) 受給者 イ) 配偶者 ウ) その他 ()
--	--------------------	--	---

3 備考

児童手当は、対象児童の父母のうち、原則、所得の高い方で受給（請求）します。
このことについて、ご家庭の事情があれば、ご記入ください。

--

4 配偶者が公務員の場合のみ、該当に○印、又はご記入ください。

職種	勤務先名（職場名）	備考
ア) 一般職 イ) 会計年度任用職員 ウ) その他 ()		

受給者が公務員の方の場合、下記の欄に勤務先、出向・派遣先をご記入ください。（児童手当の支給が公務職場でないか、確認するためです。）

公務員の方 の勤務先名	
----------------	--

受給者の健康保険証の写しを貼付してください。

※運転免許証や児童・上記の配偶者の健康保険証ではありません。

保険証の写し貼付場所

◆児童手当の請求者は、原則として
父母等のうち所得の高い方となります。

児童手当・特例給付 認定請求書

(あて先) 松江市長

受給資格の審査のために、現有公簿による受給者および配偶者の所得額等の確認に同意します。

提出年月日 令和5年4月10日
※受付確認年月日 年 月 日

請 求 者	氏名	まつえ たろう 松江 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	平成元 年 11 月 11 日													
	住所	松江市〇〇町11番地11 電話 090 (0000) 0000				職業	<input checked="" type="radio"/> 被用者 公務員 等でない者	配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無											
	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) 〇〇県〇〇市〇〇町11番地22				個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2		
配 偶 者	氏名	まつえ はなこ 松江 花子		職業	<input checked="" type="radio"/> 被用者 公務員 等でない者	配偶者の個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8		
	住所	(請求者と異なる場合に記入してください) 〇〇県〇〇市〇〇町12番地3				1月1日時点の住所 (1~5月分は前年、 6~12月分は本年)	(左欄と異なる場合に記入してください) 〇〇県〇〇市〇〇町1番地2-102													

支 払 希 望 金 融 機 関	金融機関	銀行 金庫 農協											
	支店名	本店 支店 出張所	店番号										
	口座名義	(カタカナ)											
	口座番号												
	種別	普通・当座・貯蓄											
<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します													

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○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
	松江 一子	子	令和5年4月1日	<input checked="" type="radio"/> 同・ <input type="radio"/> 別		同上	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 維持	<input type="checkbox"/> 未成年後見人 <input type="checkbox"/> 父母指定者 <input type="checkbox"/> 同居父母			

◆保険証が職場で発行されている場合
→「ア」または「イ」
◆国民健康保険に加入している場合→「ウ」
◆保険証が「被扶養者」の場合→「ウ」

◆マイナンバーを記入してください

◆配偶者の住所が異なる場合は
記入してください

◆公金受取口座を利用する場合
は「✓」を入れてください。
※公金受取口座が未登録の場合は
☑しないでください。
※児童手当は、請求者名義以外の
口座へ振り込むことはできません。

◆1月1日時点の住民票の住所地が現住所地と異なる場合は、必ず記入してください。
※支給開始月 1~5月:前年の1月1日時点の住所
(児童の生年月日/転入日等が12月~4月の場合(かつ誕生日/転入日等の翌日から15日以内に申請した場合))
※支給開始月 6~12月:本年の1月1日時点の住所
(児童の生年月日/転入日等が5月~11月の場合(かつ誕生日/転入日等の翌日から15日以内に申請した場合))

加 入 し て い る 年 金 等 の 年 金 手 帳 、 組 合 員 証 又 は 加 入 者 証 の 種 別	ア.厚生年金保険	イ.国民年金	
	ウ.その他 () 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		
※ 審 査	年分 所得の合計額	雑 損 控 除 額	医 療 費 控
	円	円	

【請求事由】 出生・転入(転入日 年 月 日)、前住所:)
受給者変更 ()
その他(制度改正により)

※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。

受付 () 本人確認口

記入例2

配偶者の所得等について

1 配偶者の氏名・生年月日をご記入ください。

(ふりがな) 氏名 まつえ はなこ 松江 花子	生年月日 平成2年 2月 2日
---	---------------------------

2 配偶者の所得について、該当に○印、又はご記入ください。

①前年中（1～5月分 は前々年中） の所得について ア) 受給者より 配偶者が高い <input checked="" type="radio"/> イ) 受給者より 配偶者が低い	アの場合 ②と③を 記入	②住民税の お子様の扶養は ア) 受給者 イ) 配偶者 ウ) その他 ()	③健康保険の お子様の扶養は ア) 受給者 イ) 配偶者 ウ) その他 ()
--	--------------------	--	---

3 備考

児童手当は、対象児童の父母のうち、原則、所得の高い方で受給（請求）します。このことについて、ご家庭の事情があれば、ご記入ください。

--

4 配偶者が公務員の場合のみ、該当に○印、又はご記入ください。

職種	勤務先名（職場名）	備考
ア) 一般職 イ) 会計年度任用職員 <input checked="" type="radio"/> ウ) その他（ 臨時職員 ）	島根県庁	

◆配偶者が公務員の場合は必ず記入してください

受給者が公務員の方の場合、下記の欄に勤務先、出向・派遣先をご記入ください。（児童手当の支給が公務職場でないか、確認するためです。）

公務員の方 の勤務先名	松江市役所 (会計年度任用職員)
----------------	-----------------------------

◆受給者が公務員の場合は必ず記入してください

受給者の健康保険証の写しを貼付してください。

※運転免許証や児童・上記の配偶者の健康保険証ではありません。

保険証の写し貼付場所

〇〇職員共済組合 組 合 員 証	本人 (組合員)
記号 XXXXXXXXXX	番号 XXXXXXXXXX
マツエ タロウ	
氏 名	松江 太郎
生 年 月 日	平成元年11月11日
保険者番号	XXXXXXXXXX

- ◆各種共済組合員（私立学校教職員共済を除く）の方のみ健康保険証の写しを貼り付けてください。
- ◆保険者番号と記号・番号の部分は黒塗りするなどして、番号が見えないようにしてください。