

児童手当 認定請求書

（あて先）松江市長

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .
※認定・却下年月日	※支給開始年月
令和 . .	令和 年 月

請求者	①（ふりがな）	②性別	男・女	③生年月日	昭和・平成 . .
	氏名 （法人名等）	④職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤配偶者	有・無
	⑥住所 （法人の主たる事務所の所在地）	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）		

（左欄と異なる場合に記入してください）

⑨所得の状況 （請求者）	令和 年分所得額	円
（配偶者）		円

配偶者等	⑩（ふりがな）	⑫生年月日	昭和・平成 . .	⑪請求者の控除対象配偶者または同一生計配偶者の場合に○印	⑮個人番号
	氏名	⑬職業	ア. 被用者 イ. 公務員（勤務先を裏面へ記入） ウ. 被用者等でない者		
	⑭住所 （⑥と異なる場合）	1月1日時点の住所 （1～5月分は前年、6～12月分は本年）			

氏名	続柄	生年月日	監護相当の有無	生計費負担の有無	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月
⑯児童の兄姉等 （18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後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）		平成 . .	有・無	有・無	同・別	令和 年 月
		平成 . .	有・無	有・無	同・別	令和 年 月

[注意]  
⑯「監護相当の有無」及び「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。  
（⑯児童の兄姉等と⑰児童の合計人数が3人以上の場合に限る。）

※算定対象の場合に○印
-------------

氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所 （別居の場合）	※児童との関係該当する場合に○印	※第3子以降の場合に○印	※3歳未満の場合に○印	※左記以外の場合に○印	※手当月額
		平成 令和	有・無	同一・維持	同・別	令和 年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円
		平成 令和	有・無	同一・維持	同・別	令和 年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円
		平成 令和	有・無	同一・維持	同・別	令和 年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円
		平成 令和	有・無	同一・維持	同・別	令和 年 月		・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円

⑰支払希望金融機関	名称	預金種別	支店コード	支店名	口座番号	口座名義（カタカナ）	※合計月額
	銀行 金庫 信組 農協 漁協	普通・当座		本店 支店 出張所			
	☐ 公金受取口座を利用します						

※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書（かいしよ）ではっきり書いてください。

受付（ ） 本人確認☐

1 配偶者が公務員の場合、該当に○印、又はご記入ください。

	職種	勤務先名(職場名)
配偶者の勤務先 (公務員の場合)	ア) 一般職	
	イ) 会計年度任用職員	
	ウ) その他 ( )	

2 受給者が公務員等(下記①～⑦)の場合、下記の欄に勤務先、出向・派遣先をご記入ください。(職場から児童手当の支給がないか確認するためです。)

受給者の勤務先 (下記①～⑦の場合)	
-----------------------	--

3 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 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	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 ( )	ア) 受給者 イ) 配偶者 ウ) その他 ( )

4 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。

--

① 各 省庁共済組合ご加入の方  
独立行政法人森林総合 等

勤務先を記入してください

② 公立学校共済組合ご加入の方  
県立大学職員 等

③ 地方職員共済組合ご加入の方  
地方職員共済組合職員  
組合専従の県職員  
出向中の県職員 (ふるさと島根定住財団、公益財団法人しまね自然と環境財団、  
県立大学公益法人、島根県林業公社、縁結びサポートセンター 等)

④ 市町村共済組合ご加入の方  
市町村共済組合職員  
ホテル白鳥職員  
組合専従の市職員  
出向中の市職員 (観光協会、観光振興公社、土地開発公社、スポーツ振興財団、  
社会福祉協議会 等) 等

⑤ 厚生労働省第二共済組合ご加入の方  
医療センター職員

保険情報の  
わかるもの  
の写しの  
添付が必要

受給者の保険情報のわかるものの写しを貼付してください。

※運転免許証や児童・上記の配偶者の保険情報のわかるものの写しではありません。

保険情報のわかるもの  
の写し貼付場所