児童手当 認定請求書

木曾岬町長 殿

										提出年月日 令和 6・9・30		※受付確認年月日 令和 ..		
請 求 者	①(ふりがな) 氏名 木曾岬 太郎			②性別 男		③生年月日 昭和・平成 63・1・2			※認定・却下年月日 令和 ..		※支給開始年月 令和 年 月 (令和 年 月分)			
	⑥住所 〒498- 三重県桑名郡木曾岬町大字 西対海地251番地 電話 090 (1234) 1234			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								
⑦個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6			⑧請求者の加入している 公的年金制度の種別 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			⑨所得 の状況 どちらか該当する場合は○印を記入 該当しない・わからない場合は記入不要								
配 偶 者 等	⑩(ふりがな) 氏名 木曾岬 桜			⑫生年月日 昭和・平成 63・2・2		⑭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 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4					
	⑪住所 (⑥と異なる場合)			⑬職業 ア.被用者 イ.公務員 (勤務先: ウ.被用者等でない者		控除対象配偶者 同一生計配偶者								
⑯ 児 童	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	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	※算定対象の ※手当月額
	木曾岬 一郎		子	平成 14・5・1	有・無	有・無	同・別	令和 年	弥富市○○-△番地	・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
	木曾岬 二郎		子	平成 17・5・2	有・無	有・無	同・別	令和 年		・未成年後見人	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円
木曾岬 七美		子	平成 令和 19・5・3	有・無	同・ 維持	同・別	令和 年 月		・未成年後見人 ・同居父母	(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円	
				有・無	同・ 維持	同・別	令和 年			(月額30,000円)	(月額15,000円)	(月額10,000円)	円	
				有・無	同・ 維持	同・別	令和 年 月		・未成年後見人 ・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 ○△ 銀行 金庫 信組 農協 漁協	預金種別 普通・当座	支店コード 0 0 1	支店名 木曾岬	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義 キソサキ タロウ							※合計月額 円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書(かいじょ)ではっきり書いてください。