

児童手当・特例給付 現況届

総社市社会福祉事務所長殿		年度		提出年月日		※受付確認年月日					
				令和 . .		令和 . .					
受給者	①(フリガナ) 氏名			④職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	②性別					
	⑥住所 (法人の主たる事務所の所在地)			電話		③生年月日					
	本年1月1日時点の住所	(上欄と異なる場合に記入してください)				⑤配偶者の有無	有・無				
配偶者等	⑦(フリガナ) 配偶者の氏名			⑧職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	振込先金融機関					
	⑨住所 (⑥と異なる場合)										
	本年1月1日時点の住所	(上欄と異なる場合に記入してください)									
⑩ 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	※ 3歳未満▽ 3歳以上△ 中学生○
				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	
⑪ 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 ()		⑫ 譲渡所得の有無		有・無	判定	控除後の所得額		所得制限限度額		
			⑬ 扶養親族等及び児童の数		人						
					うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数		人				
		⑭ 所得の状況		年分所得額							
※ 審査	年分所得の合計額		控除			区分	手当月額				
			雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額						
			円	円	円	児童手当 特例給付	3歳未満分 3歳以上小学校修了前分 中学生分計		円		
			円	円	円				円	円	

◎ 記入例をよく読んでから記入してください。
字は、楷書(かいしょ)ではっきり書いてください。

◎ 同意事項 児童手当の認定請求にあたり、受給資格の確認のために、受給者及び配偶者の所得の状況を市民税の課税資料により、総社市において確認することに同意します。