様式2号

（宛先）四国中央市長

児童手当　認定請求書

［改］ 6

提出年月日	受付確認年月日
令和 6 ・ 8 ・ 15	令和

児童手当の認定請求をします。
なお、受給資格の確認のために、請求者及び配偶者の所得状況と受給資格に関わる情報を、公簿等により確認することに同意します。

請求者

（ふりがな）しこく　たろう
氏名：四国　太郎
性別：男・女
生年月日：昭和・平成 50・5・5
個人番号：5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5
住所：四国中央市　三島宮川４丁目６番５５号
電話　０９０（００００）００００［本人・配偶者］
令和6年1月1日時点：☑市内 □市外（市町村：　）
職業：ア.会社員　イ.自営　ウ.公務員　エ.パート等　オ.無職
勤務先名：（○○会社）

必ず記入

日中連絡のとれる番号

配偶者等

有・無
（ふりがな）しこく　はなこ
氏名：四国　花子
生年月日：昭和・平成 54・4・4
個人番号：4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
住所：☑請求者と同じ
令和6年1月1日時点：□市内 ☑市外（市町村：松山市）
職業：ア.会社員　イ.自営　ウ.公務員　エ.パート等　オ.無職
勤務先名：（△△病院）

必ず記入

市外を選択した方は必ず市町村名を記入

児童の兄姉等※

氏名	続柄	生年月日	住所	同居・別居の別	監護相当の有無	生計費負担の有無	海外留学をしている場合の出国年月	算定対象
（ふりがな）しこく　はるこ 四国　春子	子	平成 17・7・7	□請求者と同じ 松山市一番町4丁目4-2	同・別	有・無	有・無	年　月	
			□請求者と同じ					

18歳年度末から22歳年度末までにある子を記入してください。

この欄に記入した子がある場合は、必ず右記【注意】を確認してください。

【注意】
「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」を提出してください（児童の兄姉等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る）。
※児童の兄姉等：22歳年度末までの間にある子

児童（18歳の年度末まで）

氏名	続柄	生年月日	住所	同居・別居の別	監護の有無	生計関係	海外留学をしている場合の出国年月	児童との関係	3子以降	3歳未満	それ以外
（ふりがな）しこく　いちろう 四国　一郎	子	平成 20・4・10	☑請求者と同じ	同・別	有・無	同一・維持	年　月	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
（ふりがな）しこく　じろう 四国　二郎	子	平成 23・5・1	☑請求者と同じ	同・別	有・無	同一・維持	年　月	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
（ふりがな）		平成・令和　・・	□請求者と同じ		無						
		平成・令和　・・	□請求者と同じ	同・別	有・無	同一・維持	年　月	・父母指定者 ・同居父母			
（ふりがな）		平成・令和　・・	□請求者と同じ	同・別	有・無	同一・維持	年　月	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

18歳年度末までにある子を記入してください。

左記の児童を養育している場合は「有」

自身の子 または 養子縁組した子 である場合は「同一」
子の子 または 妻の子 である場合は「維持」

振込先

□ 公金受取口座を利用する
口座情報は記入不要です
マイナンバーカードを取得し、公金受取口座を登録している方のみ可能です

☑ 振込口座を指定する　※下記に口座情報を記入し、通帳の写しを添付してください
伊予　銀行・農協・金庫　三島　本店・支店　普通・当座　1 2 3 4 5 6 7
口座名義人：請求者名義

生計の中心者の確認
※当てはまる方に○を付けてください
・所得が高い方　父・母
・税法上の扶養　父・母・他
・健康保険の扶養　父・母・他
・住民票上の世帯主　父・母・他

手当月額

3子以降	(30,000円×　) 円
3歳未満	(15,000円×　) 円
それ以外	(10,000円×　) 円
合計	円

備考
消滅（No.　）
令和　年　月分まで
事由（離・婚・　）
転出予定日
添付書類
（別・監生・養・同居・　）

請求者の加入している公的年金制度の種別
※該当するものに○を付けてください
ア. 厚生年金保険
イ. 国民年金
ウ. 私立学校教職員共済
エ. 国家公務員共済
オ. 地方公務員等共済
カ. その他（　）

請求者の加入している健康保険　※該当するものに✓を付けてください

保険証の写しの添付が省略可	保険証の写しの添付が必要
☑ 全国健康保険協会○○支部	□ 日本郵政共済組合
□ ○○○○健康保険組合	□ 公立学校共済組合
□ 全国土木建築国民健康保険組合	□ 厚生労働省共済組合
□ 中央建設国民健康保険組合	□ 文部科学省共済組合
□ 四国中央市（市の国保）	□ その他（　）
□ 私立学校教職員共済組合	

保険者名称を確認してください。
請求者の保険証の写しが必要です。

任意継続保険に加入している方や
ご家族の扶養に入った保険証をお持ちの方は
「イ. 国民年金」に○をしてください。

保険者名称を確認してください。
記入に代えて保険証の写しの添付も可能です。

支給開始年月	認定番号	区分
令和・		被用者 非被用者

入力	確認	判定	認定・却下年月日（処理日）	令和5年分所得額
		認定 却下	令和	請求者　円 配偶者　円

審査

令和5年分	共済掛金控除額	障害者控除額　普　人・特　人	寡婦・ひとり親・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
請求者	円	円	円	円
配偶者	円	円	円	80,000 円

◎ 太枠の中は記入しないでください。　◎ 裏面の注意をよく読んで記入してください。　◎ 字は、楷書ではっきり書いてください。