

見本

※本書の郵送提出時は、請求者の身元確認書類コピーの提出も必要です

郵送先 〒272-8501 市川市八幡1-1-1 市川市役所 こども福祉課 児童手当担当

児童手当・特例給付 認定請求書

受付番号

市川市長

私は下記のとおり認定請求をします。また、児童手当又は特例給付の支給要件を審査するため、私及び私の配偶者は私の世帯及び配偶者等の税情報など公簿等の調査を行うこと、子ども医療費助成制度で調査した税情報等を使用することに同意します。

以下の二重線で囲まれた枠内を記入してください

提出年月日 令和3年1月1日 (郵送時は投函日) 受付確認年月日

情報連携の意向 請求者 (ふりがな) 氏名 (法人名等) 住所 職業 個人番号 年金 口座 配偶者等 (ふりがな) 氏名 住所 職業 個人番号 児童 (ふりがな) 氏名 生年月日 性別 続柄 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)

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。字は楷書ではっきり書いてください。記入押印に代えて署名することができます。児童が5人以上の場合、複数枚記入してください。

以下の欄は職員記入欄となります。請求者及び代理人の方は記入しないでください。

内容確認 区分 あり/なし 希望/なし 運携意向 年金 口座 所得申告 区分 あり/なし/指導 請求者 配偶者 同居父母 権限 記入する人 代理権 身元確認 番号確認 申請理由 出生 転入 請求者の転出予定日 備考欄 区分 児童手当 特例給付 受付者 3歳未満 小学校修了前 中学生 計 情報照会 請求者 配偶者等 支給開始年月 児童との関係 3末 小修 中修 手当月額 判定 認定 却下 取下 審査 一次入力 二次入力 照合 認定番号