

※※ 第 号 ※特別児童扶養手当の請求者・受給者は父母のうち所得の高い方となります

記入例

あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について
(単位：円)

特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 請 求 書

あなたのことについて

①フリガナ
氏名・性別

ミサト タロウ
美里 太郎

②生年月日
昭和 平成 3・3・3

④配偶者の有無
ある・ない

③個人番号
1 2 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6

⑤住所
〒 969-6292
会津美里町字新布才地 1 番地
TEL 090 (1234) 5678

⑥名称
(支店等)
美里銀行
(高田支店)
口座番号
1234567
☒ 公金受取口座を利用します
※公金受取口座を利用する場合でも口座情報を記入してください

⑦職業又は勤務先名
(株) ○○美里
TEL 0242 (56) 9999

⑧勤務先所在地
〒 969-6292
会津美里町字新布才地○番地

障害児のことについて

⑨支給対象障害児の氏名
(生 年 月 日)

ミサト マチコ
美里 町子
(平・令 1 ・ 5 ・ 5)

⑩個人番号
9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7

⑪請求者との続柄
同居・別居
長女 同居 別居
同居・別居

⑫父の氏名
美里 太郎

⑬母の氏名
美里 花子

⑭障害による年金の受給状況
受けている } 種類 ()
支給停止 }
申請中 }
受けていない }
証書の記号番号 ()

⑮身体障害者手帳及び療育手帳の番号及び障害等級
身体障害者手帳
記号・番号 ()
等級 ()
療育手帳 申請中
記号・番号 ()
等級 ()

⑯障害名
○○▲▲

関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
福島県知事 様 氏名 美里 太郎

手当の受給に公金受取口座の利用を希望する場合はチェック✓をつけてください。
※公金受取口座を利用する場合でも口座情報の記入が必要です。

記入不要です

提出日は窓口にて書類がそろったときに記入となります

○身体障害者手帳・療育手帳をお持ちの方は、記号番号等を記入してください。
○申請中の方は「申請中」と記入してください

～必要書類～

☐ 本請求書

☐ 住民票(会津美里町に住所がある方は省略可能)

☐ 振込先口座申出書

☐ 戸籍謄本(請求者と児童がわかるもの)

☐ 診断書(特別児童扶養手当申請用のもの)

☐ 預金通帳の写し(請求者名義)

☐ 同意書

※その他必要に応じて 所得課税控除証明書、別居監護申立書等が必要です

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は県、市町村が記入する欄です。字は楷書ではっきり書いて下さい。

注 意

1 ⑥の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。手当の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座（※）を利用する場合、「□公金受取口座を利用します」のチェックボックスにチェックしてください。

なお、公的受取口座を利用する場合であっても、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は必要となりますのでご注意ください。

（※）公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律（令和３年法律第３８号）第３条第１項、第４条第１項及び第５条第２項の規定による登録に係る口座である公金受取口座をいいます。

2 ⑫及び⑬の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入して差し支えありません。

3 ⑭の欄は、支給対象障害児の障害による年金の受給について、該当する文字を○で囲んでください。

なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。

4 ⑯の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。

5 ⑳の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。なお、70歳以上の地方税法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により（ ）内に再掲してください。

（1） 請求者については、㉑に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㉒に特定扶養親族の数を、㉓に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。

（2） 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。

6 ㉔の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者で18歳に達する日以後の最初の３月31日までの間にある者又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。

7 ㉕の欄は、前年（１月から６月までの間に請求をする人の場合には、前々年をいいます。）の所得について、都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び商品先物取引に係る雑所得等の合計額を記入してください。

8 ㉖及び㉗の欄は、前年の所得についての地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額等を記入してください。

9 この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

（1） あなたと支給対象障害児の戸籍の謄本又は抄本とこれらの者の属する世帯全員の住民票の写し

（2） 請求者が父又は母である場合であって、請求者以外の父又は母も支給対象障害児を監護しているときは、その請求者が主としてその障害児の生計を維持していること、又は主としてその障害児を介護していることを明らかにすることができる書類

（3） 請求者が父又は母である場合であって、支給対象障害児と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにすることができる書類

（4） 請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障害児の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者がその障害児を養育していることを明らかにすることができる書類

（5） 支給対象障害児についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病によるときには、エックス線直接撮影写真の提出も必要です。

（ア）呼吸器系結核（イ）肺えそ（ウ）肺のうよう（エ）けい肺（オ）じん臓結核（カ）胃かいよう（キ）胃がん（ク）十二指腸かいよう（ケ）内臓下垂症（コ）動脈りゅう（サ）骨又は関節結核（シ）骨ずい炎（ス）骨又は関節損傷（セ）その他

（6） 本年１月２日以後現住所に転入された方は、㉘から㉚までの欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書

（7） 特別児童扶養手当振込先口座申出書及び「⑥支払希望金融機関」を証明する通帳の写し

10 この請求書について分からないことがありましたら、市役所又は町村役場の人によく聞いてください。