

受給者本人の健康保険証のコピーをこの枠内か、本紙の裏側に貼付してください。

- 受給者本人が厚生年金又は国民年金加入者の場合は貼付不要です。ただし、厚生年金加入者のうち、共済組合の組合員等である場合は貼付が必要です。  
(例) 独立行政法人等の職員、日本郵政共済組合員、公務員であって公益的法人等へ派遣されている方等
- 貼付を忘れると認定できませんのでご注意ください。

※ 貼付が不要か判断がつかないときは、貼付してください。

## 児童手当・特例給付 現況届

江南市長殿		令和 年度		提出年月日		※受付確認年月日													
		令和 . .		令和 . .		令和 . .													
受給者	① (フリガナ) 氏名 (法人名等)			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												
配偶者等	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)		⑧ 職業	ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先: ウ. 被用者等でない者	⑤ 配偶者の有無	有・無												
	⑦ (フリガナ) 氏名	児童手当又は特例給付の支給要件の該当性を審査するため、市区町村が必要な税情報の公簿等の確認を行なうことに同意します。					振込先金融機関												
児童	⑨ 住所 (⑥と異なる場合)			氏名	続柄	生年月日		同居・別居の別	海外留学の 滞在年月	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					
	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 受給者の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 ( )			⑪ 受給者の扶養親族等及び児童の数 人 (うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数 人)		判定													
	⑬ 所得の状況			令和 年分 所得額 (受給者) 円	控除後の所得額	所得制限限度額													
※ 審査	令和 年分 所得の合計額			うち児童手当法施行令第3条第1項による控除 給与所得/公的年金等所得を有する場合の控除額 (上限100,000円) (一律控除額)		区分	手当月額												
	受給者	円		円	80,000 円			児童手当 特例給付	3歳未満分	円									
	配偶者	円		円	80,000 円	3歳以上小学校修了前分	円												
	控除																		
雑損控除額	円	医療費控除額	円	小規模企業共済等掛金控除額	円	障害者控除額 人・特障 人	円		寡婦・ひとり親・勤労学生控除額	円	中学生分	円	計	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(かいしょ)ではっきり書いてください。  
配偶者氏名欄の署名をもって、当該配偶者に係る課税台帳などを調査することに同意されたものとみなします。  
本届の審査のために必要な課税台帳などの調査を了承します。