

児童手当・特例給付 現況届

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、必要な所得額等をかすみがうら市が確認することに同意します。

茨城県かすみがうら市長 様

提出年月日	※受付確認年月日
令和 . .	令和 . .

受給者	(フリガナ) 氏名 (法人名等)					住所 (法人の主たる事務所の所在地)						
	性別	生年月日	配偶者の有無	有・無		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)					
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者										
配偶者等	(フリガナ) 氏名					住所 (受給者と異なる場合)						
	職業	ア. 被用者 イ. 公務員 (勤務先:) ウ. 被用者等でない者					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)				
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	※児童との関係で、該当する場合に○印	※3未	※小学	※中学
				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			
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 ()		区分	手当月額			
譲渡所得の有無				有・無		判定			・児童手当	3歳未満分		
扶養親族等及び児童の数 (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						控除後の所得額	所得制限限度額			3歳以上小学校修了前分		
所得の状況		令和 年分所得額				円	円	円	・特例給付	中学生分		
									計			
※審査	令和 年分所得の合計額		控		除							
	円		雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障 人・特障 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				
		円	円	円	円	円	円	円	円			

◎※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。
◎変更箇所については、赤字等で訂正してください。