

※ 証 書 番 号									

<input type="checkbox"/> 新規請求	※ 整 理 番 号	※市町村受付年月日	※市町村提出年月日	※市町村再提出年月日	市町村名
<input type="checkbox"/> 転入届		令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

特別児童扶養手当認定請求書(府外転入届)

請求年月日	令和 年 月 日	支給開始年月日	令和 年 月 日
-------	----------	---------	----------

あ な た の こ と に つ い て	① 氏名	ふりがな	性別	② 生年月日	③ 個人番号	④ 配偶者	
	通称名		男・女	昭平 年 月 日		有・無	
	住所	(〒 -) 気付・方書・マンション名				自宅電話番号	
		在留期限				国籍	
金融機関	金融機関コード	店舗コード	金融機関名		預金種別	預金通帳の口座番号	
	銀行・金庫		本店・支店		1 普通		
金融機関	通帳記号	通帳番号	⑦ 職業又は勤務先名		⑧ 勤務先所在地		
	ゆうちょ銀行		□公金受取口座を利用します。				

転入年月日	令和 年 月 日
転入前の住所	(〒 -) 都道府県

障 が い 児 の こ と に つ い て	⑨ 氏名	ふりがな	生年月日	⑩ 個人番号	⑪ 請求者との続柄 同居別居の別	
	父の氏名	ふりがな	平成・令和 年 月 日		同居 別居	
	母の氏名	ふりがな	⑬ 障がいによる年金の受給状況	⑭ 障がいによる年金の受給状況		
	児童の受給歴について			児童の状況について		
□はじめての申請である □過去に申請/受給したことがある			□施設に入所していない □施設に入所している			
証書番号			施設種別			
⑯ 障がい名	⑮ 身障・療手番号	手帳等級	※※審査欄 (府記入)	有期年月	□ 診断書 (様式第 号、第 号)	特別児童扶養 手当等級
			認定・却下 (支給停止)	年 月	□ 身障手帳 □ 療育手帳() (判定機関)	

障 が い 児 の こ と に つ い て	⑨ 氏名	ふりがな	生年月日	⑩ 個人番号	⑪ 請求者との続柄 同居別居の別	
	父の氏名	ふりがな	平成・令和 年 月 日		同居 別居	
	母の氏名	ふりがな	⑬ 障がいによる年金の受給状況	⑭ 障がいによる年金の受給状況		
	児童の受給歴について			児童の状況について		
□はじめての申請である □過去に申請/受給したことがある			□施設に入所していない □施設に入所している			
証書番号			施設種別			
⑯ 障がい名	⑮ 身障・療手番号	手帳等級	※※審査欄 (府記入)	有期年月	□ 診断書 (様式第 号、第 号)	特別児童扶養 手当等級
			認定・却下 (支給停止)	年 月	□ 身障手帳 □ 療育手帳() (判定機関)	

◎継続用紙の裏面の注意をよく読んでから記入してください。
 ※、※※欄は記入する必要がありません。
 色のついた太枠内に、楷書ではっきり書いてください。

※※審査欄 (府記入)	対象障がい児数	手当月額	支払期別金額
	(1級) 人	月から 円	12月 円
	(2級) 人	月から 円	4月 円
		月から 円	8月 円

<input type="checkbox"/> 新規請求	※ 整理番号
<input type="checkbox"/> 転入届	

(本年(1月から6月に請求する場合は前年)1月1日時点の住所が他市町村にある場合)
 (請求者・配偶者・扶養義務者) の1月1日時点の住所がある市町村:

特別児童扶養手当 - 継続用紙 -

⑰ 令和	年分所得	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															
		⑱ 請求者				⑲ 配偶者				⑳ 扶養義務者				㉑ 扶養義務者			
氏名		氏名				氏名				続柄				続柄			
⑳ 個人番号		個人番号				個人番号				個人番号				個人番号			
㉒ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		イ 70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数				うち老人扶養親族の数				うち老人扶養親族の数				うち老人扶養親族の数			
(※扶養親族数が0人の場合は空白ではなく「0」と記載してください。)		ロ 特定扶養親族の数				ハ 16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数											
㉓ ㉒以外で前年の12月31日において請求者によって生計を維持していた児童		人数															
㉔ 給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額		円				円				円				円			
その他の所得の合計額		円				円				円				円			
所得額 (給与・年金控除適用がある場合は、適用後)		円				円				円				円			
㉕ 障がい者(特別障がい者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数		人数				人数				人数				人数			
㉖ 特別障がい者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		人数				人数				人数				人数			
㉗ 障がい者・特別障がい者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		障・特障・寡・ひとり・勤				障・特障・勤				障・特障・寡・ひとり・勤				障・特障・寡・ひとり・勤			
㉘ その他の控除		円				円				円				円			
ハ 配偶者特別控除		円				円				円				円			
イ 医療費控除		円				円				円				円			
ザ 雑損控除		円				円				円				円			
シ 小規模企業共済等掛金控除		円				円				円				円			
ソ その他()		円				円				円				円			
㉙ 社会保険料等相当額		800000				800000				800000				800000			
㉚ 控除後の所得額		円				円				円				円			

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。なお、この請求の審査及び認定以降の受給資格、手当額の確認に必要な私及び世帯員の所得情報、年金情報、関係書類の記載情報について、閲覧又はマイナンバーによる情報照会等で調査することに同意します。

大阪府知事 様
氏名 _____

※審査	事項 上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 市町村長 _____ ㉛
※添付書類	戸籍、住民票(又は住民票内容確認書)、診断書(様式第 号)(様式第 号)、身障手帳写(再判定 有・無)、療育手帳写(A・B1)、X線フィルム、振込先口座申出書及び通帳等写、別居監護申立書・証明、養育申立書・証明、介護申立書、その他()

特別児童扶養手当振込先口座申出書 (市町村控え)

区 分	新規請求・振込先変更 <small>(いずれか一方を○で囲んでください。)</small>	証書記号番号 <small>(新規請求の場合は記入不要)</small>	第 _____ 号	
受給者(請求者)氏名 <small>(フリガナ)</small>		生年月日	昭・平・令 ____年 ____月 ____日	
現住所 郵便番号 <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> 都 道 府 県		連絡先電話番号 (_____ - _____)		
口座名義人氏名 (受給者(請求者)と同一人) [振込先金融機関にお届けのフリガナを記入してください。]		<small>(フリガナ)</small>	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。	
振込先	ゆうちょ銀行 <small>(郵便局)</small>	通帳記号	通帳番号(右詰で記入してください。)	※ ゆうちょ銀行の証明 (郵便局) (2枚目に証明印を押してください)
	金融機関	※ 金融機関 コード	※ 店舗 コード (フリガナ) 銀行 本店 金庫 支店 信組 出張所	預金通帳の口座番号 (右詰で記入してください) 預金種目 1 普通 2 当座
	都道府県名	(フリガナ)	信 連 本 所 農 協 支 店 漁 協	※ 金融機関の証明 (2枚目に証明印を押してください)

1. 必ず受給者(請求者)本人の口座番号を記入してください。ただし、貯蓄口座への振り込みはできません。
2. ※印の欄は、ゆうちょ銀行、郵便局又は金融機関で記入及び証明を受けてください。
3. 裏面の「記入上の注意事項」をお読みの上、ご記入願います。

金融機関の方へ
 口座名義人氏名、金融機関名、支店名、預金種目、口座番号を
 確認のうえ、金融機関コード、店舗コードを記入し証明欄に
 押印願います。

上記のとおり申し出ます。

厚生労働大臣 殿

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日