

児童手当認定請求書
(請求先)茨木市長

銀行	支店	被非	受給者番号	コード	電算入力年月日

◎記名押印に代えて太枠内のみご記入ください

提出日	年 月 日	請求理由	1.出生 2.市外(国外)転入 3.制度改正 4.その他() ※1 市外(国外)転入を選択し、市外転入である場合は前市での転出予定日を「異動日」に記入してください。			
請求者	(ふりがな)	現住所	茨木市	個人番号		異動日(前市での転出予定日)※1 令和 年 月 日
	氏名	1月1日の住所	茨木市・(都道府県 市区町村)	請求者の電話番号(携帯可)		転出予定日確認
	生年月日	年金の加入状況	職業	勤務先名称		/ 氏 済
	昭平 年 月 日	1.厚生年金・共済組合 2.国民年金 3.未加入 →1のうち、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 ()地方公務員等共済 ()国家公務員共済	1.公務員 2.その他			配偶者受給状況確認(公務員)
配偶者	(ふりがな)	現住所	□請求者と同じ(別居の場合は住所をご記入ください)		個人番号	/ 氏 済
	有・無 氏名	1月1日の住所	茨木市・(都道府県 市区町村)	配偶者の電話番号(携帯可)		配偶者受給状況確認(別監)
	生年月日	職業	勤務先名称			/ 氏 済
	昭平 年 月 日	1.公務員 2.その他			受給資格審査に関して、所得状況等について公簿で確認することに同意します。公簿等で確認ができない場合は、関係書類の提出を行います。個人番号を記入せずに提出した場合は、公簿等で個人番号を確認し、補記することに同意します。	備考
振込先	金融機関名	支店名	支店番号	口座番号	口座名義(カナ記入)※請求者名義に限る	
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 支所 出張所	(わからない場合不要)	普通		

年 歳 1 度 到 年 8 末 達 年 8 ま 後 末 歳 到 だ 後 末 達 後 の 最 初 達 後 の 最 初 達 後 の 最 初 達 後 の 最 初 達 後	氏 名	続柄	生 年 月 日	住 所 (児 童 と 別 居 の 場 合 記 入)	居 住	生 計 費 負 担 の 有 無	監 護 相 当 の 有 無	所得確認	請求者・配偶者	
	(ふりがな)	子・令 ()	平・令 年 月 日		同居・別居	有・無	有・無		所得の状況 令和 年中	
児 童 (1 年 度 末 達 後 ま だ の 児 童)	氏 名	続柄	生 年 月 日	住 所 (児 童 と 別 居 の 場 合 記 入)	居 住	施 設 入 所	生 計	監 護	扶養親族数	人
	(ふりがな)	子・令 ()	平・令 年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持	有・無	(うち老人控対象及び老人扶養親族の合計数)	(人)
	(ふりがな)	子・令 ()	平・令 年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持	有・無	16歳未満扶養親族の数	(人)
	(ふりがな)	子・令 ()	平・令 年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持	有・無	所得	
	(ふりがな)	子・令 ()	平・令 年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持	有・無	控除 雑損・医療費・小企共 障害・特障・老扶・寡・勤 一律控除	80,000円
	(ふりがな)	子・令 ()	平・令 年 月 日		同居・別居	有・無	同一・維持	有・無	控除後の所得	円
支給開始年月	年 月	算定児童数	□認定 □却下	手当月額	不足書類 □保険証 □年金加入証明書 □銀行 □別居監護申立書 □監護相当・生計費の負担の確認書 □その他()	受付年月日				