

米沢市病院事業管理者 様

児童手当・特例給付 認定請求書

提出年月日	受付確認年月日
令和7 ・ 4 ・	令和 ・ ・

受給者	①ふりがな				②性別		③生年月日		④職業		⑤配偶者の有無	
	氏名											
	⑥住所 (本年1月1日時点で住んでいた市町村が異なる場合は市町村名)		()			金融機関名		支店名		口座番号	給与口座と ☐ 同じ ☐ 異なる	
配偶者	⑧ふりがな				⑨職業	()	・公務員勤務先 ・公務員以外	⑩住所 ※⑥と異なる場合 (本年1月1日時点で住んでいた市町村が異なる場合は市町村名)	()			
	氏名											
⑪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 ※⑥と異なる場合	監護の有無	生計関係	児童との関係	3歳未満	3歳以上 小学校終了前	小学校終了後 中学校終了前
				同・別								
				同・別								
				同・別								
				同・別								
				同・別								
※審査	令和 年分所得の合計額		控除									
			児童手当法施工令第3条第1項による控除		雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障がい者控除額	寡婦・ひとり親 勤労学生控除額			
	給与所得/公的年金等所得を有する場合の控除額	一律控除額										
	受給者		100,000 円									
	配偶者			80,000 円								
	控除後の所得額		受給者の扶養家族等 及び児童の数	所得制限限度額	判定 (支給開始月)	区分	手当額					
			うち70歳以上の同一生計配偶者 及び老人扶養親族の数		(年 月分から)		10月期	2月期	6月期			