

京都市使用欄			
受付印		管理区	
審査	入力		
認定番号			

## 児童手当・特例給付 現況届

(宛先) 京都市長

- (1) 児童手当・特例給付の受領等に関し、受給資格の有無等について公簿等で確認することに同意します。  
 (2) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。

年 月 日 提出

受給者欄	フリガナ						性別	男・女
	氏名							
	住所				生年月日			
					電話			
	本年1月1日時点の住所	※京都市外の住所にいた場合に記入						
	職業	会社員・公務員・自営業 無職・その他( )	勤務先名	※公務員の方のみ記入	勤務先電話番号	※公務員の方のみ記入		
配偶者等欄	有・無	配偶者等氏名	フリガナ	受給資格の確認のために、公簿等で確認することに同意します。				
	同居・別居	別居の場合の住所	※別居の場合は住所を記入		生年月日	年 月 日		
		本年1月1日時点の住所	※京都市外の住所にいた場合に記入					
		職業	会社員・公務員・自営業 無職・その他( )	勤務先名	※公務員の方のみ記入	勤務先電話番号	※公務員の方のみ記入	
18歳到達後最初の3月31日までにいる児童								
	氏名	生年月日	続柄	同居・別居	監護(養育)	生計関係		
				同・別	有・無	同一・維持		
				同・別	有・無	同一・維持		
				同・別	有・無	同一・維持		
				同・別	有・無	同一・維持		
				同・別	有・無	同一・維持		
				同・別	有・無	同一・維持		
加入している年金等の種類	加入している年金に○印をしてください。			所得欄	<input type="checkbox"/> 申告等のとおり <input type="checkbox"/> 下記のとおり		譲渡所得の有無	
	1 厚生年金保険	6 国民年金					有・無	
	2 私立学校教職員共済	9 無加入・その他			扶養親族等及び児童の数	うち 同一生計配偶者(70歳以上の者に限る)・老人扶養親族 人 人		
	4 国家公務員共済			所得の状況	年分所得		円	
	5 地方公務員共済			はこちらに○をつけた場合は、裏面を確認し、健康保険証(写)を貼付する等してください。				
振込口座	現在の振込口座			*口座変更希望の方のみ記入してください。(裏面も確認)				
	銀行名			銀行名				
	本支店名			本支店名				
	口座番号			口座番号				
	名義人			名義人				

- 提出時には、ピンク色の欄(必須)とその他の欄(該当する方のみ)に記入漏れがないか必ず確認してください。  
 ○ 印字内容に変更がある方は、2本線で抹消のうえ、赤字で訂正してください。ただし、口座変更の場合は口座変更欄に変更後の情報を記載してください。

摘要
----

※ 公金受取口座を利用希望の方は裏面の「公金受取口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要、通帳等の写しの提出不要)」欄にチェックしてください。

□ 公金受取口座を利用する(利用する者は口座情報の記入不要、通帳等の写しの提出不要)

※ 公金受取口座を登録していない方はマイナポータルから登録いただけます。通帳等の写しの提出が 不要になります。

口座確認書類(コピー)貼付欄

振込口座の変更を希望される方のみ、口座確認書類(通帳又はキャッシュカード)のコピーを貼付してください。

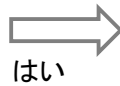
※通帳の場合、金融機関名・支店名・預金種目・口座番号・口座名義人がわかるページをコピーしてください。

【ご注意】

受給者名義の普通預金(貯金)口座に限ります(公金受取口座を利用する場合も同様です。)(児童や配偶者名義の口座は指定できません。また、当座預金、貯蓄預金は指定できません。)

○下記をお読みいただき、保険証の貼付等をお願いします。

1 受給者が国民年金に加入している、又は年金未加入である。



保険証のコピーは不要です。

いいえ

2 受給者が被用者年金(厚生年金・共済組合等)に加入していて、健康保険の種類が次のいずれかである。

- (1)健康保険被保険者証  
(〇〇〇健康保険組合、全国健康保険協会)
- (2)私立学校教職員共済加入者証
- (3)日本郵政共済組合員証
- (4)文部科学省共済組合員証(大学支部等に限る。)
- (5)全国土木建築国民健康保険組合被保険者証
- (6)共済組合員証のうち勤務先が独立行政法人又は地方独立行政法人であることが明らかなもの

はい

いいえ

建築国保、医師国保、税理士国保など京都市以外が発行する国民健康保険(上記(5)を除く)に加入している。

はい

勤務先から証明を受けてください。

年金加入証明書

年 月 日

次のとおり年金に加入していることを証明します。

被保険者氏名	
加入制度名	厚生年金・ _____ 共済組合
加入年月日	年 月 日 (事業所において加入した年月日を記入)

証明者

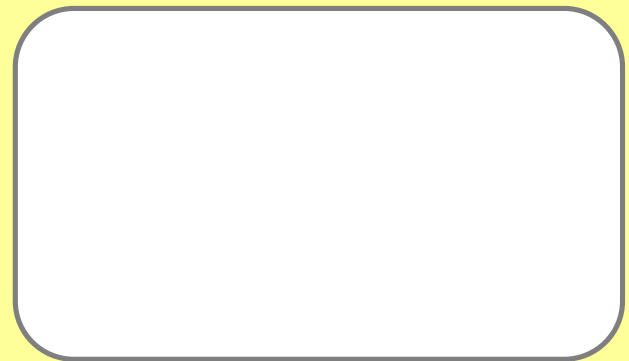
事業所所在地  
事業所名  
電話番号  
代表者名

Ⓜ (事業所印又は代表者印)

健康保険証等のコピー貼付

※受給者ご本人の健康保険証のコピーを貼付してください。必ずのりで貼ってください。  
※コピーを貼付した余白に、勤務先名を記載してください。

健康保険証のコピー 貼付欄



(勤務先名: )