

様式第一号

所管区受付	※年 第	月 号	所管区進達	年 第	月 号	所管区再進達	年 第	月 号	所管区名
-------	---------	--------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	------

## 特別児童扶養手当認定請求書

あなたの ことについて	ふりがな 氏名・性別	きょうと たろう 男 京都 太郎 女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	○○○○年○○月○○日	個人番号(マイナンバー)	配偶者 の有無	有 無				
	住 所 電話番号	〒(○○○-○○○○) 京都市○○区△△町…	(*1) ゆうちょ銀行 通帳記号・番号	通帳記号	通帳番号(右詰)							
			金融機関 及び 店舗名	銀行	信連	本店(所)						
				○○	金庫 農協	○○	支店(所)					
			預金種目 口座番号	普通	・ 当座	1 2 3 4 5 6 7						
	職業又は 勤務先名	株式会社 ○○ TEL(○○○-○○○-○○○○)	勤務先 所在地	〒(○○○-○○○○) ○○県○○市△△町…								
	ふりがな 支給対象児童の氏名 (生年月日)	きょうと いちろう 京都 一郎	(年 月 日生)	(年 月 日生)								
	個人番号(マイナンバー)	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8										
	請求者との統柄 (同居・別居の別)	長男 (同居・別居)										
	在学学校・学年	○○小学校 ○年生										
父の氏名	京都 太郎											
母の氏名	京都 花子											
障害による年金の受給状況 (*2)	支給されている 支給停止 申請中	種類( )	支給されている 支給停止 申請中	種類( )								
支給されていない												
身体障害者(療育)手帳の 番号及び障害等級	身体障害者 療育手帳 第 123456 号 ○ 級 (※※ 年 月有期)	身体障害者 療育手帳 第 号 級 (※※ 年 月有期)										
障害名	○○○○○による○○機能障害											
※※ 認定 (支給停止) 却下	支給開始年月	対象児童数	手当月額		支払期別金額							
	年 月	(1級) 人	円	12月	円							
	有期満了年月		月から	円	4月	円						
	年 月	(2級) 人	月から	円	8月	円						

裏面の注意をよく読んでから記入してください。（\*1～\*7については、裏面に注意事項を記載しています。）  
※、※※欄は記入する必要はありません。文字は楷書ではっきり書いてください（※区役所・支所、※※本庁で記入）。

(注)所得年分…1～6月請求一前々年分、7～12月請求一前年分 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										
令和〇 年分所得			請求者	配偶者	扶養義務者 (*3)					
氏名			京都 花子	(続柄)	(続柄)					
個人番号(マイナンバー)			1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
(※4)同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 (うち老人扶養親族の数(請求者については、①70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数②特定扶養親族の数)③16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数)			2 人 (①) (②) (③)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	人 (人)	
(※5)上記以外で前年の12月31日においてあなたによって生計を維持していた児童			人							
(*6)所得額			3,000,000 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	
控除額	障害者(特別障害者を除く)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円	
	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円	
	(*7)あなたに関する障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障・特障 寡・ひとり・勤	円	障・特障 寡・ひとり・勤	円	障・特障 寡・ひとり・勤	円	障・特障 寡・ひとり・勤	円	円
	(※8)その他 控除	円	円	円	円	円	円	円	円	
	社会保険料等相当額(一律)	80,000	円	80,000	円	80,000	円	80,000	円	
控除後の所得額										
上記以外の同居者 (18歳未満の児童を除く。)			(続柄)	(続柄)	(続柄)					
【あなたの御両親の状況】 あなたと同居 あなたと別居 (住所: 京都市○○区△△町…)										
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。 また、受給資格に関し、所得及び住民登録並びに個人番号等を公用で確認されることに同意します。										
令和〇〇年〇〇月〇〇日 氏名 京都 太郎 京都市長様										
※確認	その他の身分生計維持関係を含め、上記のとおり相違ありません。									
	令和 年 月 日	区・支所保健福祉センター障害保健福祉課長 (担当者氏名)								
※添付書類	戸籍、診断書(枚)、身体障害者手帳(写)、療育手帳(写)、X線フィルム、前住所地の市町村民税課税証明書、養育申立書・証明、(別居)監護申立書・証明、振込先口座申出書、その他( )									
※備考	受給歴									
	※※ 証書番号									

添付書類は発行日から1箇月以内のものを添付してください。

## 注 意

- 1 支給対象児童を父及び母が監護しているときは、父又は母のうち生計の中心となっている方が請求者となります。  
なお、この手当は、あなた、あなたの配偶者、あなたと同居又は生計を同じくしている直系3親等以内の親族のそれぞれの前年(前々年)の所得に応じて、支給が制限される場合があります。
- 2 \*1の欄は、特別児童扶養手当振込先申出書で金融機関の証明を受けた、あなたの通常郵便貯金(ゆうちょ銀行)通帳記号及び番号又はゆうちょ銀行を除く金融機関及び店舗名並びに口座番号を記入してください。※ゆうちょ銀行の「貯蓄型郵便貯金通帳」は不可です。
- 3 \*2の欄は、支給対象児童の障害による年金の受給について、該当する内容を○で囲んでください。  
なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。
- 4 \*3の欄は、あなたと同居している18歳以上の直系3親等以内の親族(祖父母、父母、兄弟姉妹、子、孫)のうちで、最も所得が高い方2名について記入してください。
- 5 \*4の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。  
なお、地方税法に定める70歳以上の同法に定める同一生計配偶者(請求者については、同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族、特定扶養親族及び16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族)があるときは、その数を( )内に再掲してください。
- 6 \*5の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。)又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
- 7 \*6の欄は、前年(1月から6月までの間に請求をする人の場合には、前々年をいいます。)の所得について、市町村民税の総所得金額(給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額)、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額及び長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
- 8 \*7の欄は、請求者、配偶者又は扶養義務者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 9 \*8の欄は、前年の所得についての地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれの項目及び当該控除額等を記入してください。
- 10 この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
  - (1) あなたと支給対象児童の戸籍の謄本又は抄本
  - (2) 請求者が父又は母である場合であって、支給対象児童と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにできる書類
  - (3) 請求者が父母以外の者である場合は、支給対象児童の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者がその児童を養育していることを明らかにできる書類
  - (4) 支給対象児童についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病によるときは、エックス線直接撮影写真  
呼吸器系結核・肺えそ・肺のうよう・けい肺・じん臓結核・胃かいよう・胃がん・十二指腸かいよう・内臓下垂症・動脈りゅう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他
  - (5) 本年1月2日以後現住所地に転入された方は、所得に関する御記入いただいた事項について、前の住所地の市区町村長の市町村民税課税証明書
- 11 この請求書についてわからないことがありましたら、お住まいの区の区役所・支所保健福祉センター障害保健福祉課(京北出張所管内にお住まいの方は京北出張所保健福祉第一担当)の窓口で、お聞きください。