

※※ 第 号		※ 市 町 村 平成 受付年月日 第 号		市町村 平成 進 達 第 号		市町村 平成 再進達 第 号		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		
特別児童扶養手当認定請求書										
あなたの ことについて	①ふりがな				②生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 年 月 日生 4 平成		③配偶者の有無	ある・ ない	
	氏名・性別	男 女								
	④住 所	4 3			⑤支払希望郵便局	郵便局名 通帳記号番号				
	⑥職業又は勤務先名 勤務先所在地	TEL			⑦受給者区分	21 父・母 12 外国人養育者 2 養育者 19 〃（孤児等） 9 〃（孤児等）				
こ ど も の こ と に つ い て	⑧支給対象障害児の氏名(生年月日)	3 昭和 年 月 日生 4 平成 年 月 日生			3 昭和 年 月 日生 4 平成 年 月 日生					
	⑨請求者との続柄 (同居・別居の別)	(1. 同居 ・ 2. 別居)			(1. 同居 ・ 2. 別居)					
	⑩父 の 氏 名									
	⑪母 の 氏 名									
	⑫障害による年金の受給状況	支給されている 支給停止申請中 支給されていない			種類 ()		支給されている 支給停止申請中 支給されていない		種類 ()	
	⑬身体障害者手帳(01)及び療育手帳(02)の番号及び障害等級	-			-					
	⑭障 害 名									
	※※	支給開始年月	対象障害児数	手 当 月 額	支払期別金額	証 書 番 号				
	認定(支給停止)・却下		(1級) 人	円	12月	円	第 号			
				月から	円	4月			円	
		(2級) 人	月から	円	8月	円				
⑬ 平成 年分所得 ⑭ 請 求 者 ⑮ 配 偶 者 ⑯ 扶 養 義 務 者 氏 名 ⑰ 控除対象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、⑰老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数、⑱特定扶養親族の数)) ⑱ ⑲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 ⑲ 所 得 額 ⑳ 障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の数 B ㉑ 特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数 C ㉒ 障害者・特別障害者・ 老年者・寡婦(寡夫)・ 寡婦の特例・勤労学 生の別 ㉓ 雑損・医療費・小規模企業共済等掛金・ 配偶者特別控除等 ㉔ 社会保険料等相当額 ㉕ 控除後の所得額 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。 平成 年 月 日 氏 名 熊本県知事 潮谷義子 様 ※ 事 項 上記のとおり相違ありません 平成 年 月 日 市町村長 ※ 添付書類 戸籍、住民票、診断書・X線フィルム、前住所の所得証明書、養育申立書・証明、別居監護申立書・証明、介護申立書、その他 ()										