

児童手当・特例給付 現況届

恩納村長殿

令和 3年度

提出年月日 令和 . .	※受付確認年月日 令和 . .
-----------------	--------------------

受給者	① (フリガナ) 氏名 <small>(法人名等)</small>		② 性別	⑥ 住所 <small>(法人の主たる事務所の所在地)</small>		振込先金融機関
	③ 生年月日	④ 職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤ 配偶者の有無 有・無	⑦ 住所 <small>(⑥と異なる場合)</small>	⑧ 電話 <small>(上欄と異なる場合に記入してください)</small>	

配偶者等	⑦ (フリガナ) 氏名		⑧ 職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑨ 住所 <small>(⑥と異なる場合)</small>	
	児童手当又は特例給付の支給要件の該当性を審査するため、市区町村が必要な税情報等の公簿等の確認を行なうことに同意します。		⑩ 住所 <small>(⑥と異なる場合に記入してください)</small>		

⑩ 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	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	※3歳未満の児童○印	※3歳以上小学校修了前の児童○印	※小学校修了前中学校修了前の児童○印
					同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母		
				同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

⑪ 加入している公的年金制度の種類	ア. 厚生年金保険	イ. 国民年金	⑫ 譲渡所得の有無	有・無	判定	控除後の所得額	所得制限限度額	区分	手当月額
	※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 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		⑬ 扶養親族等及び児童の数	人				円	円
			(うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数)	人					

※ 審査	令和 2 年 分 所得の合計額	控除	控除	控除	控除	控除	控除	控除	控除
	円	円	円	円	円	円	円	円	円

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書(かいしよ)ではっきり書いてください。記入押印に代えて、署名することができます。配偶者氏名欄の押印を持って、当該配偶者に係る課税台帳などを調査することに同意されたものとみなします。本届の審査のために必要な課税台帳などの調査を了承します。

児童手当法施行令第3条第1項による控除
80,000 円