

|  |                          |                           |      |        |
|--|--------------------------|---------------------------|------|--------|
| 市町村受付<br>令和 年 月 日<br>第 号   | 市町村進達<br>令和 年 月 日<br>第 号 | 市町村再進達<br>令和 年 月 日<br>第 号 | 市町村名 | 市町村コード |
| 添付書類 戸籍、住民票、振込先口座申出書、別居監護申立書・証明、養育申立書・証明、前住地の所得証明書、控除対象扶養親族に関する申立書、診断書、身体障害者手帳の写し・療育手帳の写し、その他( ) |                          |                           |      |        |

※必要な書類は裏面参照

特別児童扶養手当請求書

- 2. 新規認定請求
- 3. 管外からの住所変更

提出理由

□

岡山県知事殿

関係書類を添えて、本書のとおり請求し(届出)ます。

請求(届出)年月日

令和 年 月 日

|            |                   |               |
|------------|-------------------|---------------|
| あなたのことについて | フリガナ              | 生年月日 昭和 年 月 日 |
|            | 氏名(姓)             | 印             |
|            | 住所 〒 (丁名番地) 市 町 村 | 個人番号          |
|            | 職業(勤務先名) TEL      | 電話番号          |
|            | 転入 令和 年 月 日       | 旧住所 〒         |

|                   |        |                  |
|-------------------|--------|------------------|
| 児童のことについて(追加すること) | フリガナ   | 生年月日 平成 年 月 日    |
|                   | 児童名(姓) | あなたとの続柄 (長男・長女等) |
|                   | 障害種別   | 同・別居             |
|                   | 支給開始   | 1 同居<br>2 別居     |

| 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 年分所得   | 請求者     | 配偶者           | 扶養義務者         | (備考)          |
| 氏名  |         |               |               | 扶養義務者の続柄      |
| 個人番号  |         |               |               | ( )           |
| 所得申告有無  | 1 無 2 有 | 1 無 2 有       | 1 無 2 有       |               |
| 生活保護受給  | 1 無 2 有 |               |               |               |
| A 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、(㉠)70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、(㉡)特定扶養親族の数、(㉢)16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数)) | ( ) 人   | ( ) 人         | ( ) 人         |               |
| B A以外で前年の12月31日において届出者によって生計を維持していた児童   |         |               |               |               |
| C 所得額   |         |               |               |               |
| D 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             |
| E 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             |
| F 障害者・特別障害者・寡婦(夫)・勤労学生の別  |         | 円             |               | 円             |
| G   |         | 円             |               | 円             |
| H 社会保険料等の相当額  |         | 80 000 円      |               | 80 000 円      |
| I 控除後の所得額   |         | 円             |               | 円             |
| J 所得制限  | K 所得限度額 | 円             |               | 円             |
|   | L 所得区分  | 支給(1) 支給停止(3) | 支給(1) 支給停止(4) | 支給(1) 支給停止(4) |
| 上記のとおり相違ありません。  |         |               |               |               |
| 令和 年 月 日 市町村長名  |         |               |               |               |

◎太枠のみ記入してください。字は楷書ではっきり書いてください。