

# 記入例

提出日を記入してください。

## 令和元年度児童手当・特例給付 現況届

提出年月日

※受付確認年月日

R1・ 6・ 6

R . .

平群町長 殿

受給者	①(ふりがな)	へぐり たろう			②性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	⑥住所 (法人の主たる事務所の所在地)	〒636-8585 平群町吉新1丁目1番1号 電話 090(1234)5678				
	氏名 (法人名等)	平群 太郎			③生年月日	明治 大正 昭和 平成	④職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者				
配偶者等	⑦(ふりがな)	へぐり はなこ			⑤配偶者の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	⑨住所と異なる場合	本年1月1日時点の住所				
	氏名	平群 花子			⑧職業	イ. 公務員(勤務先: 被用者等でない者)	⑩住所と異なる場合	本年1月1日時点の住所				
⑩児童	氏名	続柄	生年月日	同居の別	住所	有・無	同一・維持	※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	※小学校修了後中学校 修了前の児童○印	
	平群 一郎	子	平成〇〇・〇〇	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	平群町吉新1丁目1番1号	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 維持	<b>【提出書類】</b> <b>(1)現況届</b> <b>(2)“受給者”の健康保険被保険者証のコピー</b> ※児童や配偶者のモノは不可です。 ※平群町国民健康保険の方は提出不要です。 ○児童と別居している場合は以下の書類も必要です。 <b>(3)児童手当・特例給付 別居監護申立書</b> ※町ホームページからダウンロード、もしくは 福祉課窓口でお受取りください。				
	平群 二郎	子	平成〇〇・〇〇	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 別	奈良市〇〇-〇〇	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同 <input type="radio"/> 維持					
			平成 . .	同・別								
⑪加入している公的年金制度の種類	⑫所得の有無	ア. 厚生年金保険 ※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 イ. 国民年金 ウ. その他 ( )			⑬所得の状況	平成30年分所得額	円	判定	控除後の所得額	所得制限限度額	円	
	⑬所得の有無	ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. その他 ( )			⑭所得の有無	有・無	円	判定	円	円	円	
※審査	平成 年 分 所得の合計額	控			除			判定	控除後の所得額	所得制限限度額	円	
	円	雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額	寡婦・寡夫・勤労学生控除額	児童手当法施行令第3条第1項による控除					円
⑫所得の有無 ⑬所得の有無 ⑭所得の有無												

必ず捺印してください。

厚生年金加入者(公務員を除く)はア、国民年金加入者はウを選択してください。

該当する項目に○をつけてください。

厚生年金加入者(公務員を除く)はア、公務員はイ、国民年金加入者はウを選択してください。

状況に変更がある場合は、二重線で消して訂正してください。別居されている場合は、児童の現住所を記入のうえ、「児童手当・特例給付 別居監護申立書」をご提出ください。

該当する項目に○をつけてください。

記入は不要です。

◎ 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。