

大町市長  
牛越 徹 様

年度  
児童手当・特例給付 現況届

整理番号	※世帯コード	※受付No.	提出年月日 令和 年 月 日	※受付確認年月日 令和 年 月 日
------	--------	--------	-------------------	----------------------

受給者	氏名	■受給者及び必要に応じて配偶者の市民税課税状況等について、関係公簿を確認することに同意します。			職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ( ) ウ. 被用者等でない者
	生年月日		性別		配偶者の有無	有 ・ 無
	住所	〒 ( ) 電話1 ( ) 電話2 ( )		本年1月1日時点の住所	〒 (左記と異なる場合のみ記載)	
配偶者等	氏名				職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ( ) ウ. 被用者等でない者
	住所	〒 (受給者と異なる場合のみ記載) 電話 ( )		本年1月1日時点の住所	〒 (左記と異なる場合のみ記載)	

氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	住所	海外留学をしている場合の出国年月	監護の有無	生計関係	※児童との関係	※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
			同・別			有・無	同一・維持				
			同・別			有・無	同一・維持				
			同・別			有・無	同一・維持				
			同・別			有・無	同一・維持				
			同・別			有・無	同一・維持				
			同・別			有・無	同一・維持				

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	年分所得の合計額	区 分
	※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		円	
	ウ. その他 ( )		控除後の所得額	判 定
			円	
勤務先	電話 ( )		所得制限限度額	支給開始年月
			円	

※ 審 査	譲渡所得の有無	控 除			手 当 月 額
	有 ・ 無	雑 損 控 除 額	医 療 費 控 除 額	小 規 模 企 業 共 済 等 掛 金 控 除 額	3歳未満分
	扶養親族等及び児童の数 人 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	円	円	円	円
	所得の状況	障 害 者 控 除 額 障 人 ・ 特 障 人	寡 婦 ・ ひ と り 親 ・ 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	3歳以上小学校修了前分
年分所得額	円	円	円	円	中学生分
					計
					円

◎記入例及び注意事項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。