

記入例(マーカー部分を記入してください)

個人コード		在留期間		児童扶養手当現況届(令和3年度)								※ 受付年月日															
① 証書番号	第 号	② (フリガナ) 氏名	生年月日	③ 障害の有無	※第9条・第9条2の区分		⑦ 支払金融機関		変更	名 称																	
			年 月 日	ある・ない	前年度 第9条	今年度 第9条・第9条2	⑦		無	口 座 番 号																	
④ 住所				⑤ 職業又は勤務先名	⑥ 勤務先所在地		⑦		有	口 座 名 義																	
蒲郡市 浜町4番地 (TEL 0533-66-1111 携帯 090-1234-5678)				蒲郡市役所 (TEL 0533-66-1111)	蒲郡市旭町17番1号		⑦		有	普通																	
令和2年分所得												所得制限限度額															
氏名		⑫ 控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		⑬ ⑫以外で前年の12月の31日において受給者によって生計を維持していた児童		⑭ 児		控 除		⑲ 損 除		⑳ 医療費 控 除		㉑ 小規模 企業共 済等掛 金控除		㉒ 配偶者 特別控除		㉓ 地方税法 附則第 6条第 1項に よる免 除		児童扶養 手当法 施行令 第4条 第1項 による 控 除		⑳ 控 除 後 の 所 得 額		全部支給		一部支給	
受給者		1人		0人		人		0円		0円		0円		0円		0円		0円		80,000円		円		870,000円		2,300,000円	
孤児等の 養育者		0人		0人		人		0円		0円		0円		0円		0円		0円		0円		円		円		円	
配偶者		0人		0人		人		0円		0円		0円		0円		0円		0円		0円		円		円		円	
扶養義務者		0人		0人		人		0円		0円		0円		0円		0円		0円		0円		円		円		円	
続柄(子)		0人		0人		人		0円		0円		0円		0円		0円		0円		0円		円		円		円	
⑭ 児童氏名		続柄		生年月日		同居・別居の別		受給理由		学校施設名(学年)		障害の有無		身体障害者手帳等の名		※特児証書番号		児童(乳幼児)が在宅の場合の監視状況									
蒲郡太郎		長男		生		同居				蒲郡保育園(年少)		有・無						有・無									
氏名		1 受けることができない		2 受けることができる		(種類)		障害等級		基礎年金番号・年金コード		氏名		氏名		氏名		備考									
公的年金の 受給状況		1 (ア) 受けることができない		2 (イ) 受けることができる		24に記載した児童が額の加算の対象になつていない		(加算の年額)		(円)		⑭ 受給者の公的年金受給状況		⑮ 受給者が 拘禁されて いる場合		⑯ 受給者の 状況		備考									
身体障害者手帳の 番号及び障害等級		父又は母の職業又は 勤務先名										⑮ 受給者の公的年金受給状況		⑯ 受給者が 拘禁されて いる場合		⑰ 受給者の 状況		備考									
【⑮受給者の公的年金受給状況】受給者(=②に印字されている方本人)について、遺族年金や障害年金等の公的年金を受給しているか確認します。該当するものに〇をつけ、内容を記入してください。		【日付】記入日を書き入れてください。		【氏名】受給者氏名(=振込先名義人)を記入(押印は不要になりました)。																							
⑰ 受給者の公的年金受給状況		1 受けることができない		2 受けることができる		(種類)		障害等級		基礎年金番号・年金コード		氏名		氏名		氏名		備考									
24に記載した児童が額の加算の対象になつていない		1 受けることができない		2 受けることができる		(種類)		障害等級		基礎年金番号・年金コード		氏名		氏名		氏名		備考									
【氏名】受給者氏名(=振込先名義人)を記入(押印は不要になりました)。		【日付】記入日を書き入れてください。		【氏名】受給者氏名(=振込先名義人)を記入(押印は不要になりました)。																							
※ 審査		本年又は前年の被災の有無		有 () 無		支給停止の状況		前年度		今年度		※ 添付書類		養育費等に関する申告書													
支給停止の状況		前年度		今年度		支給停止		支給・一部停止・全部停止(本・扶)																			

【③障害の有無】受給者(=②に印字されている方本人)が障がい者手帳をお持ちの場合は「ある」に〇をつけてください。

【④住所】印字された住所を確認し、変更がある場合は「有」に〇をつけ、余白に変更後の住所を記入の上、提出時に窓口にお申し出ください。TEL及び携帯はお持ちの場合、それぞれ記入してください。

【⑤職業又は勤務先名】お勤めの会社名等を記入してください。自営業の場合は、屋号や業種を記入してください(無職の場合は「なし」と記入)。

【⑥勤務先所在地】⑤の勤務先の所在地を記入してください。

【⑦支払金融機関】印字内容を確認し、変更がある場合は「有」に〇をつけ、余白に変更後の金融機関情報を記入の上、提出時に窓口にお申し出ください。

【⑭/1時点の対象児童の状況】印字された対象児童についての状況を記入してください。保育園や学校等の名称と()内には学年等を記入します。福祉サービス事業所に通所している場合や就労している場合はその名称を記入してください(ない場合は「在宅」と記入)。

【⑰受給者の状況】配偶者がいない場合(=養育者と障害を事由とする受給者以外)は該当するものに〇をつけ、内容を記入してください。

網かけ内(③~⑦⑭⑰⑲及び氏名)をすべて記入してください。④住所や⑦支払金融機関に変更が「有」の場合は、提出時に申し出て下さい。(変更届の提出が必要です)。

