

様式第一号(第一条関係)

受給者番号(岐特)								認定(支給停止) 却下	認定年月日				支給開始年月				対象 障害児数	手当月額(円)	支給期別金額 (円)	
第									年	月	日	年	月	1級 人		12月				
														2級 人	月から	4月				
														月から	8月					

特別児童扶養手当認定請求書

あなたの ことについて	フリガナ												性別	③ 生年月日				④ 配偶者の 有無
	① 氏名												男 女	昭和 平成 令和	年	月	日	ある ない
	② 個人番号																	
	⑤ 住所		〒 - 岐阜県										TEL(-)					
	⑥ 支払希望 金融機関	金融機関名称					口座番号											
⑦ 職業 又は 勤務先	職業又は勤務先					勤務先所在地												
	TEL(-)																	

障害児の ことについて	⑧ 支給対象障害児の氏名		性別	生年月日		⑩請求者 との続柄	⑪父の 氏名	⑫母の 氏名	⑬障害による 年金の受給状況	⑭手帳の番号及び障害等級						⑮障害 名	手 当 等 級	該当年月		非該当予定 年月	
						同・別居				身体障害者手帳		療育手帳		精神保健福祉手帳				年	月	年	月
	番号・等級	番号・等級	番号・等級	番号・等級																	
	1人目	フリガナ		男 女	平成 令和	年 月 日	同居 別居			支給されている 支給停止 申請中 支給されていない 年金種類 ()	有 無 申請中	第 号 級	有 無 申請中	第 号 級	有 無 申請中	第 号 級					
		⑨個人番号																			
	2人目	フリガナ		男 女	平成 令和	年 月 日	同居 別居			支給されている 支給停止 申請中 支給されていない 年金種類 ()	有 無 申請中	第 号 級	有 無 申請中	第 号 級	有 無 申請中	第 号 級					
⑨個人番号																					

関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。

令和 年 月 日

氏 名

岐阜県知事 殿

審 査	事 項	住民基本台帳、課税台帳、聞きとり、その他()により確認・審査しました。																	
	上記の通り相違ありません。 令和 年 月 日 市町村長																		
添付書類	戸籍(請求者、児童)・住民票(世帯全員)・診断書・X線フィルム・養育申立書(証明)・別居監護申立書(証明)・介護申立書・身障手帳写し・療育手帳写し・精神障害者保健福祉手帳写し・振込先口座申出書・通帳等写し・DV調査票・施設退所証明書 その他()																		

◎書面の注意をよく読んでから記入してください。太枠の欄を記入してください。字は楷書ではっきり書いてください。

※ 添付した書類に○を付してください。

注 意

- 1 ⑥の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。
- 2 ⑪及び⑫の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同上」と記入して差し支えありません。
- 3 ⑬の欄は、支給対象障害児の障害による年金の受給について、該当する文字を○で囲んでください
なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。
- 4 ⑭の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合は あなたの生計を維持している）あなたの**父母、祖父母、子、孫**等の直系血族と**兄弟姉妹**があるときに記入してください。
- 5 ⑮の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族(控除対象扶養親族に該当しない30歳以上70歳未満の扶養親族を除きます。)の合計数を記入してください。
なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により()内に再掲してください。
(1) 請求者については、イに**70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族**の合計数を、ロに**特定扶養親族**の数を、ハに**16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族**の数を記入してください。
(2) 配偶者及び扶養義務者については、**老人扶養親族**の数を記入してください。
- 6 ⑯の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
- 7 ⑰の欄は、**前年**（1月から6月までの間に請求をする人の場合には、前々年をいいます。）の所得について都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
- 8 ⑱の欄は、⑰、⑲又は⑳の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者控除若くは特別障害者控除、寡婦控除、ひとり親控除又は勤労学生控除を受けた場合は、該当するものを○で記入してください。
- 9 ㉑の欄は、前年の所得についての地方税法に定める**雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除又は特定親族特別控除**等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額等を記入してください。

- 10 この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
(1) あなたと支給対象障害児の**戸籍の謄本又は抄本**とこれらの者の属する**世帯全員の住民票の写し**
(2) 請求者が父又は母である場合であって、請求者以外の父又は母も支給対象障害児を監護しているときは、その請求者が主としてその障害児の**生計を維持**していること、又は主としてのその障害児を**介護**していることを明らかにすることができる書類
(3) 請求者が父又は母である場合であって、支給対象障害児と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにすることができる書類
(4) 請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障害児の父及び母の**戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本**と請求者がその障害児を**養育**していることを明らかにすることができる書類
(5) 支給対象障害児についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病によるときは、エックス線直接撮影写真
呼吸器系結核・肺えそ・肺のうよう・けい肺・じん臓結核・胃かいよう・胃がん・十二指腸かいよう・内臓下垂症・動脈りゅう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他
(6) 本年 1月 2日以後現住所に転入された方は、㉒から㉔欄に記入した事項について、前の住所地の市町村長の証明書
- 11 この請求書について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。