

児童手当・特例給付 現況届(令和 2年度)

(宛先) 春日井市長


A0

1/1

1#

審査に必要な所得の状況、住民登録等を春日井市において確認することに同意します。
署名にかえて押印を省略することができます。

認定番号	提出年月日
	年 月 日

受給者	フリガナ		住所			
	氏名	受給者の氏名で署名してください。 	住所	(市外の場合のみ記入してください。)		
	生年月日		配偶者の有無	有・無	連絡先	-
配偶者	フリガナ		同居 別居	連絡先	-	
	氏名		住所	(別居の場合のみ記入してください。)		
	生年月日	昭・平	住所	(市外の場合のみ記入してください。)		
偶者	配偶者の職業	ア.公務員以外 (無職含む) イ.公務員 (勤務先名:)				
		本年1月1日時点の住所	(市外の場合のみ記入してください。)			
審査にあたり、公簿等により課税情報等を確認することに同意します。(手当の支給にあたっては、配偶者の所得状況を確認する必要があります。)						

児童	氏名	生年月日	続柄	監護の有無	生計関係	同居・別居	住所 (別居の場合のみ記入)	3歳未満	3歳以上	中学生
				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				

加入年金等	ア. 厚生年金保険	アのうち、次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	区分	手当月額	
	イ. 国民年金		児童手当	3歳未満分	人 千円
	ウ. 年金未加入		特例給付	3歳以上 第1子・第2子	人 千円
				第3子以降	人 千円
				中学生分	人 千円
				計	人 千円

健康保険被保険者証の貼付	<input type="checkbox"/> アの場合	<input type="checkbox"/> イ、ウの場合	今年度の被用区分 <input type="checkbox"/> 被用 <input type="checkbox"/> 非被用	前年度の被用区分
	ここに、受給者本人の健康保険被保険者証の写しを貼ってください。		健康保険被保険者証の写しは不要です。	
必要書類 (詳しくは、別紙をご覧ください)				

太枠部分のみご記入ください。