

記入例										提出年月日		※受付確認年月日	
柏市長 様										令和 4・6・30		令和 ・ ・	
受給者	①（ふりがな）	かしわ たろう			②性別	男	⑥住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒277-0005 柏市柏5-10-1 電話 04（7167） 1595					
	氏名 （法人名等）	柏 太郎						（上欄と異なる場合に記入してください）					
配偶者等	③生年月日	明治 大正 昭和 平成	2・4・1	④職業	ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	⑤配偶者の有無	有	本年1月1日時点の住所	千葉県松戸市（東京都や政令指定都市：区までご記入ください。）				
	氏名	かしわ はるこ			⑥職業	ア. 被用者 イ. 公務員（勤務先： ウ. 被用者等でない者		⑨住所 （⑥と異なる場合）	（上欄と異なる場合に記入してください） 東京都台東区（東京都や政令指定都市：区までご記入ください。）				
⑩児童	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※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	
	柏 花子	子	平成 令和	27・4・2	同・別	柏市柏5-10-1	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母				
	柏 太陽	子	平成 令和	3・9・1	同・別	柏市大島田48-1	有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母				
				平成 令和	・ ・	同・別		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				平成 令和	・ ・	同・別		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
				平成 令和	・ ・	同・別		有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
⑪受給者の加入している公的年金制度の種類	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（ ）		⑫受給者の扶養親族等及び児童の数	うち7人 老人扶養親族の合計数	判定	区分		手当月額	
	令和 年分所得の合計額				⑬所得の状況		令和 年分所得額	（受給者）	控除後の所得額	所得制限限度額	・児童手当	3歳未満分 円 3歳以上小学校修了前分 円 中学生分 円 計 円	
※ 審査	令和 年分所得の合計額				うち児童手当法施行令第3条第1項による控除 （一律控除額）		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・特 障除額	寡婦・ひとり親・ 労働学生控除額	親・ 除額	
	受給者	円	円	80,000円	円	円	円	円	円	円	円	円	
配偶者	円	円	80,000円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	

◎ 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（かいじょ）ではっきり書いてください。