

(表)

公務員

令和2年度四街道市未就学児家庭への
臨時特別給付金申請書(請求書)

四街道市
受付印

四街道市長 殿 ブルダウンから選択してください
(*選択できる内容を表記しています)
自動計算します。

1. 申請・請求者 記入日 令和2年〇月〇日

<small>(フリガナ)</small> 氏名	性別	生年月日	申請・請求者の現住所
ヨツカイドウ タロウ 四街道 太郎 印	男・女	明治・大正・昭和・平成 〇年〇月〇日	●●市××丁目△△番地 電話 111(111) 1111
*記名押印に代えて署名することができます。 ※裏面の事項(1)~(6)に誓約・同意の上、申請します。		所属庁	申請・請求者の住所 (令和2年9月30日)時点の住民票所在地) ※現住所と同じ場合は記入不要
		四街道市役所	四街道市▲▲丁目□□番地

2. 対象児童

令和2年10月分の児童手当の支給対象児童のうち、**平成26年4月2日以降に**「支給対象児童」の範囲については記載要領を参照してください。

No.	<small>(フリガナ)</small> 氏名	続柄	性別	生年月日	同居・別居の別	住所(別居の場合のみ記入)
1	ヨツカイドウ イチロウ 四街道 一郎	子	男・女	平成,令和 〇年〇月〇日	同・別	
2	ヨツカイドウ ハナコ 四街道 花子	子	男・女	平成,令和 〇年〇月〇日	同・別	□□市▲▲丁目□□番地
3			男・女	平成,令和 年 月 日	同・別	
4			男・女	平成,令和 年 月 日	同・別	
5			男・女	平成,令和 年 月 日	同・別	

※同居・別居の別については令和2年3月31日時点の状況を選択してください。

3. 申請額・請求額

対象児童数	2 人	申請額・請求額	10,000 円
-------	-----	---------	----------

※対象児童1人につき5千円になります。(詳細は記載要領を参照してください。)

令和2年10月分の児童手当を受給する方のお名前を記入してください。

平成26年4月2日～令和2年9月30日に生まれたお子様の名前をご記入ください。

※令和2年10月1日以後に生まれたお子さんや平成26年4月1日以前に生まれたお子さんのお名前は記入しないでください。

給付金の対象児童の数を記入してください。対象児童の数は「2. 対象児童」に記入された児童の数になります。

公務員児童手当受給状況証明欄 証明欄 附番

※この欄は、所属庁が記入しますので、申請・請求者は記入しないでください。

申請・請求内容等は相違なく、上記の申請・請求者は、上記_____人の対象児童に係る令和2年10月分の児童手当の受給者であること等について証明します。

令和 年 月 日

証明者 印

証明事務担当
担当課(室)・担当係
電話番号

(裏面も確認してください。)

この欄は、所属庁が記入しますので申請・請求者は記入しないでください。特例給付の対象の方もこの給付金の支給対象者となります。所属庁証明事務担当の方へ...ご不明点がございましたら、四街道市役所子育て支援課(TEL:043-421-6124)までお問い合わせください。