

再交付

認定番号

宛名番号

※受付確認年月日

《職員チェック欄》
不備あり 不備なし
年金確認書類
未申告(受・配)
申立書(別・雑・同)
その他()

受付	住手	処理	確認

認定番号

(宛先)上尾市長

提出年月日	令和 . .	令和3年度 児童手当・特例給付 現況届	区分	所得額	確認方法
児童手当・特例給付の受給要件審査のために、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含みます。)により、受給者・配偶者及び児童と、その同一世帯員の住民登録状況・所得額等を確認することに同意します。			受給者		扶・情・不要()
			配偶者		扶・情・不要()

受給者	フリガナ 氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日	性別	男・女	住所	上尾市 電話 ()
配偶者	有・無	フリガナ 配偶者の氏名	昭和・平成 年 月 日	配偶者の住所	※受給者と違う場合はご記入ください。		
	配偶者の職業	ア.会社員等 イ.公務員 ウ.パート、専業主婦、自営業、無職等			※「イ.公務員」の場合 勤務先名称	電話 ()	

受給者	令和3年1月1日 現在の住所	上尾市内・上尾市外 { 都・道府・県 市・区・町・村 }・国外{ }	上尾市外の住所の場合は、市区町村名をご記入ください。マイナンバーを使った情報連携により、税情報を照会します。
配偶者	令和3年1月1日 現在の住所	上尾市内・上尾市外 { 都・道府・県 市・区・町・村 }・国外{ }	国外の場合は国名をご記入ください。※詳しくは案内文をご覧ください。

18歳以下の児童を記入	氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学中の場合 出国年月	住所 (別居の場合)	監護の有無	生計関係	※児童との関係	<input type="checkbox"/> 受給者年金変更 <input type="checkbox"/> 受給者公務員 <input type="checkbox"/> 配偶者変更 <input type="checkbox"/> 配偶者別住所 <input type="checkbox"/> 配偶者公務員 <input type="checkbox"/> 別居監護申立書 <input type="checkbox"/> 維持申立書 <input type="checkbox"/> 同居父母申立書 <input type="checkbox"/> 額改定(増・減) <input type="checkbox"/> 同一生計配偶者 <input type="checkbox"/> 職員チェック ()	
				同・別	令 年 月		有・無	同一・維持	未成年後見人・父母指定者・同居父母		
				同・別	令 年 月			有・無	同一・維持	未成年後見人・父母指定者・同居父母	
				同・別	令 年 月			有・無	同一・維持	未成年後見人・父母指定者・同居父母	
				同・別	令 年 月			有・無	同一・維持	未成年後見人・父母指定者・同居父母	
				同・別	令 年 月			有・無	同一・維持	未成年後見人・父母指定者・同居父母	
				同・別	令 年 月			有・無	同一・維持	未成年後見人・父母指定者・同居父母	
				同・別	令 年 月			有・無	同一・維持	未成年後見人・父母指定者・同居父母	

受給者の加入年金	1 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。 2 国民年金 3 未加入 ()私立学校教職員共済 ()国家公務員共済 4 その他() ()地方公務員共済	1の場合、保険証のコピー、または年金加入証明書が必要となります。 加入年金が不明の場合、裏面をご覧ください。	判定	区分	手当月額	
控除	雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	控除後の所得額	児童手当・特例給付	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
	障害者控除額 障人・特障人	寡婦・寡夫・勤労学生控除額	児童手当法施行令第3条第1項による控除		所得制限限度額	譲渡所得の有無
	円	円	円	円	扶養親族等及び児童の数 【うち70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数】 人	
	円	円	円	80,000 円	所得の状況	令和 2 年分所得の合計額

- ◎ 令和3年6月1日現在の状況について、太枠の中を記入してください。
- ◎ 6月30日までに提出してください。提出がない場合、児童手当・特例給付の支給が一時差止めとなります。

【裏面へ続く】

加入している年金の確認について ※国民年金、年金未加入、任意継続の方は添付不要

ご利用の健康保険証から加入している年金を確認することができます。

お使いの健康保険証はどちらになりますか？

- ・「〇〇〇健康保険組合」などの健康保険被保険者証
- ・全国土木建築国民健康保険組合
- ・船員保険被保険者証
- ・私立学校教職員共済加入者証
- ・日本郵政共済組合員証
- ・文部科学省共済組合員証
(大学等支部に限る)
- ・共済組合員証のうち勤務先が独立行政法人、地方独立行政法人であることが明らかなもの

- ・「〇〇〇国民健康保険組合」
 - ・埼玉土建国民健康保険組合
 - ・埼玉県建設国民健康保険組合
 - ・埼玉県医師国民健康保険組合
 - ・東京食品販売国民健康保険組合
- ※上記の健康保険証をお使いの方で、**厚生年金に加入している場合のみ**証明書の記載が必要になります。加入年金が不明の方は、勤務先にお問い合わせください。

- ・上尾市国民健康保険証
- ・任意継続の健康保険証

国民年金

加入年金は「2 国民年金」
保険証のコピー不要

厚生年金

加入年金は「1 厚生年金」
保険証のコピーを添付

- ・受給者本人のもの
- ・下の欄に勤務先名、勤務先電話番号を記載

加入年金は「1 厚生年金」
年金加入証明書に記載

- ・事業主による証明が必要になります。
- ・下の欄に記載を依頼してください。

保険証のコピー のり付け欄

受給者（親、保護者）の保険証
を添付してください。

- ×**子どもの保険証**ではありません。
- ×**運転免許証**ではありません。
- 保険証の記号・番号は黒塗りする等で見えないようご提出ください。

勤務先名	
勤務先電話番号	

年金加入証明書
(事業所で証明をいただいでください)

加入している年金	制度名	厚生年金 ・ () 共済
	加入年月日	昭・平・令 年 月 日 (本人が貴事業所において加入した日)

または

上記のとおり年金に加入していることを証明します。

事業所所在地

事業所名

代表者

電話番号

印

《お問い合わせ先》

上尾市役所 子ども支援課

埼玉県上尾市本町三丁目1番1号 (直通) 048-775-5120