

県様式第1号

市町村受付 平成 年 月 日	市町村提出 平成 年 月 日 第 号	市町村再提出 平成 年 月 日 第 号	市町村名	市町村コード
保健福祉事務所 平成 年 月 日				

特別児童扶養手当

新規認定請求書
 県外からの住所変更届
 額改定(増額)申請書

長野 第 第 第 第 第 第 第 第 第 第 号 (増額のみ記入) 枝番

長野県知事 殿
関係書類を添えて、本書のとおり請求し(届出)ます。

①請求(届出)年月日 平成 年 月 日

認定年月日 平成 年 月 日

転入都道府県名 都道府県

転入年月日 平成 年 月 日

支給開始 平成 年 月 日

フリガナ 氏名(姓) (名) 個人番号

性別 男 女

配偶者の有無 有 なし

郵便番号 市町村コード

②在留期間(外国人の場合)
 在留無期 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日

住所 市(町名番地) (気付・アパート名等)

自宅電話番号 職業名(勤務先名) 勤務先住所 TEL ()

受け取り方法 ゆうちょ銀行(郵便局) 通帳記号 通帳番号(右つめで記入してください) 口座名義人(カナ・姓と名の間に1マスあけてください)

③口座振替 金融機関 銀行 金庫 信組 信連 農協 本店(所) 支店(所) 出張所 金融機関コード 支店コード

預金種目 1 普通 2 当座 口座名義人(カナ・姓と名の間に1マスあけてください)

口座番号(右つめ)

④送金 郵便局名(簡易郵便局を除く) 郵便局 郵便局コード

※受給者もしくはその配偶者又は扶養義務者の前年の所得が一定の額以上である時は手当は支給されません。

あなたとあなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について

平成	年分所得	請求者	配偶者	扶養義務者	添付書類 (該当にレ印を記入)
	氏名				<input type="checkbox"/> 戸籍謄本(抄本) <input type="checkbox"/> 住民票の写 <input type="checkbox"/> 別居監護申立書・証明 <input type="checkbox"/> 養育申立書・証明 <input type="checkbox"/> 介護申立書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> X線フィルム <input type="checkbox"/> 前住所地の所得証明書 <input type="checkbox"/> その他
	個人番号				
	請求者との続柄				
	所得申告の有無	有 無	有 無	有 無	
	④控除対象配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族等の数(請求者については、⑦老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数⑧特定扶養親族の数⑨16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	(人) (人) (人)	(人)	(人)	
	⑩④以外で前年の12月31日において届出者によって生計を維持していた児童	人			
	⑤所得額	円	円	円	
控除額	①身障害者(特別障害者を除く)である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	円	円
	②特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	円	円
	③障害者・特別障害者・寡婦(夫)・勤労学生等の別		円	円	円
	④特別児童扶養手当等の支給に関する政令第5条第1項に定める控除額		80 000 円	80 000 円	80 000 円
	①控除後の所得額	円	円	円	
①所得制限	⑤所得限度額	円	円	円	
	①所得区分	支給 ・ 支給停止	支給 ・ 支給停止	支給 ・ 支給停止	
所得区分	年度	区分	県外からの転入の場合(旧証書番号 特 第 号)	その他の事項	
平成					
上記のとおり相違ありません。					印
平成 年 月 日			市町村長名		

フリガナ 児童名(姓) (名)	あなたの続柄	生年月日 平成 年 月 日	⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	
フリガナ 児童名(姓) (名)			⑤在学学校・通所施設名	⑥障害年金の受給状況 <input type="checkbox"/> 受けれない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受給停止 <input type="checkbox"/> 申請中	障がい名	父の氏名
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	個人番号				母の氏名
在留期間(外国人の場合) <input type="checkbox"/> 在留無期 <input type="checkbox"/> 在留有り → 終了年月日 平成 年 月 日			入・通院等について 病院名	⑦自宅療養中	診断書 (番号) (程度)	
(審査欄) ※記入しないでください 手当区分 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 再診断予定 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし 障害認定年月(有期) → 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 児童扶養手当との併給 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 長児 <input type="checkbox"/> 長児扶				⑧通院中...回数 回	身障手帳写第 号 の 級	

※3人以上は2枚目に記入してください。