

| | | | | | | | |
|--------|-----|------------|------------|-------|---------------------------|--|--|
| ① 証書番号 | 第 号 | ※ 既認定・新規認定 | ② 氏名 | (歳) | ③ 障がいの有無 ある () ない () | ※ 第9条・第9条の2の区分 前年度 今年度 9条・9条の2 9条・9条の2 | ⑦ 支払金融機関 普通預金 |
| ④ 住所 | TEL | | ⑤ 職業又は勤務先名 | TEL | | ⑥ 勤務先所在地 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。 |

| 令和 年 分 所 得 | 氏名 | 所得 申告 額 | ④ 障害 者 控 除 | ⑤ 医療 費 控 除 | ⑥ 小規模 企業 共済 等 掛 金 控 除 | ⑦ 配 偶 者 特 別 控 除 | ⑧ 児童 扶 養 手 当 法 第 4 条 第 1 項 に よ る 免 除 | 控除後の 所得額 | ⑨ 所得割 | |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|--------------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| | | | | | | | | | 全部 支 給 | 一 部 支 給 |
| ⑧ 受給者 | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () |
| ⑨ 扶養 の 者 | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () |
| ⑩ 配 偶 者 | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () |
| ⑪ 扶 養 の 者 | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () | 無 人 () 有 人 () |

| | | | | | | | | | |
|--|------|----|------|---------|------|-------|------------|--------------------------------------|------|
| ⑫ 本年8 月1日 にお ける 児童 の 状 況 | 児童氏名 | 続柄 | 生年月日 | 同居・別居の別 | 受給理由 | 入所施設名 | 障がいの 有無 | 身体障害者 手帳等の 名称、障 害等級及 び番号 | ※ 再診 |
| | | | | | | | 有・無 | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|----|---------------|--|--------------------------------|-------------|---------------------------------|----|---------------|----------|
| ⑬ 父又は 母の 障が いにつ いて | 氏名 | 公的年金の 受給状況 | 1 (ア) 受けることができる (イ) 支給停止 (ウ) 受けることができない 2 (エ) に記載した児童が額 の加算の対象に (ア) になっている (イ) になっていない | (種類:) 障害等級:) 基礎年金番号・年金コード:) | (加算の年額:) 円 | ⑭ 父又は母が 拘禁され ている場 合 | 氏名 | 拘禁終了 予定年月日 | 令和 . . . |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|------------------------------|
| ⑮ 父若しくは母の死亡に 関し、⑬に記載した児童 が受けることができる 公的年金又は遺族補償 の受給状況 | 1 受けることができる 2 支給停止 3 受けることができない | (種類:) 基礎年金番号・年金コード () 年額 () 円 | ⑯ 受給者が障害基礎年金 等を受けることができる 場合における受給者が 受けることができる公的 年金 (⑬に記載した児童 を有する受給者に係る 加算に係る部分に限る。) の受給状況 | 1 受けることができる 2 支給停止 | (種類:) 基礎年金番号・年金コード () 年額 () 円 | ⑰ 受給者の公的年金受給 状況 1 受けることができる 2 支給停止 3 受けることができない | (種類:) 基礎年金番号・年金コード () 年額 () 円 | 上記のとおり、相違なく 現況を相違なく 受給資格の有無および 所得に関する事項を 確認されることに同意 します。 | 令和 年 月 日 甲府市長 樋口 氏名 甲府 花子 |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|---|-----------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|---|------------------------------|

| | | | | | | |
|-----------|------------------|-------------|-------------|----------------|--------------|--------|
| ※ 審査 査 | 本年又は前年の 被災の有無 | 有 () 無 () | 支給停止 の状況 | 支給・一部停止 (全部停止) | 支給・一部停止・全部停止 | その他の事項 |
| | 上記のとおり、相違ありません。 | 令和 年 月 日 | | | | |

◎裏面をよく読んでから記入して下さい。 ※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではっきりと書いて下さい。 1 / 1

共通

| | | |
|---|-----|---|
| A | ①～⑦ | 記載されている内容に変更がある場合は、赤色のペンで二重線を引き訂正してください。 |
| B | ⑧～⑳ | 記入不要 |
| C | ㉑ | 記載されている内容に変更がある場合は、赤色のペンで二重線を引き訂正してください。 |
| D | ㉒ | 1～3のうち当てはまるものに○をしてください。 1または2に○をした場合は、「種類」「基礎年金番号・年金コード」「年額」を記入してください。 |
| E | | 提出年月日、氏名を記入してください。 |

該当者のみ

| | | | |
|---|---------------------------------|-----|-------------|
| F | ⑭の受給理由 | 障がい | ㉓に記入してください。 |
| | | 拘禁 | ㉔に記入してください。 |
| | | 死亡 | ㉕に記入してください。 |
| | ㉖で「1」を選び、障害基礎年金の子加算を受けられることができる | | ㉗に記入してください。 |