

「児童手当・特例給付 現況届」の記入例

- 赤色太枠内について記入してください。
- 各項目について、2021年6月1日時点の内容を記入してください。
- 特に断りが無い限り、全ての項目について記入してください。
- <注意>健康保険被保険者証等のコピーが必要な場合の取扱いが令和2年度より変更になっています。詳しくは表面の案内が下記をご覧ください。

児童手当・特例給付 現況届
(令和 3年度)

662-8567
西宮市 六湛寺町 10番3号

西宮 太郎 様

記入箇所

【記入方法】
裏面の注意事項、同封の案内文・記入例をよくお読みいただき、
赤色太枠内についてご記入ください。※印欄については記入しないでください。
西宮市長 宛 次の事項について誓約・同意し、現況を届け出ます。
(1) 児童手当の支給要件を審査するため、西宮市が受給者及び配偶者等の必要な所得情報等について、マイナンバーを利用した情報提供ネットワークシステム等により公簿等の確認を行うことや、必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
(2) 受給資格の確認のため、西宮市からの関係書類の提出の求めに同意します。

出生年月日 **2021年 6月 11日**

受給者(氏名) **西宮 太郎** (男) 配偶者の有無

生年月日(西暦) **49 8 21** 職業 1. 会社員 2. 自営業
 3. 公務員 4. アルバイト等
 5. 公務員(会計年度任用職員等)
 6. その他 7. 無職

加入している年金等の種別 1. 厚生年金(本邦在職者) 2. 厚生年金(私学共済組合) 3. 未加入
 4. 国民年金(本邦在職者) 5. 国民年金(私学共済組合)

勤務先 **株式会社 ○○**

整理番号 **9-876543-2** 電話 **0798(35) 5120**
(携帯) **090 **** ***

形態 **現在の支払先金融機関** 種別 **普通** 口座番号 **123******

被 **六湛寺銀行 西宮支店**

氏名	生年月日	続柄	監督・保護の有無	生計単位	同居・別居の別	住所(受給者と別居の場合のみ記入)	出生地
西宮 一郎	平成18. 4. 10	子	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 維持	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居		
西宮 花子	平成22. 6. 15	子	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<input checked="" type="radio"/> 同一 <input type="radio"/> 維持	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居		

児童について

配偶者欄について

・配偶者とは、受給者の婚姻相手のことです。
 ・受給者が夫であれば配偶者は妻、受給者が妻であれば配偶者は夫です。
 ・配偶者がいない場合は記入不要です(お一人親のご家庭の場合)。
 ・ただし、受給者が婚姻していない場合であっても、児童と生計を一にする親が別にいる場合は、その方について記入してください。(例: 事実婚で児童と父母が同居している場合など)
 ・配偶者が日本国外に居住している場合は、配偶者欄は受給者が記入してください。また、住所欄は国名を記入してください。

健康保険被保険者証等のコピー貼り付け欄

本人(組合員) 平成25年 4月25日交付
 ○○○共済組合
 組合員証 記号 番号 *****

氏名 西宮 太郎
 生年月日 昭和49年 8月21日
 性別 男
 資格取得年月日 平成25年 4月 1日
 発行機関所在地 ○○市○○区○○町○-○-○
 保険者番号 □□□□□□□□
 名称 ○○○共済組合
 ○○○支部長 印

※受給者・配偶者の本年1月1日時点の居住自治体名を以下に記入してください(国外の場合は戸籍の附票を提出してください)。
 受給者: ○○市 ○○市(区)・町・村
 配偶者: △△市 ○○市(区)・町・村

備考欄にこのような表示がある場合は、表示に従い記入してください。
 ●その他、「※〜が必要。」等の表示がある場合は、表示に従い書類を提出してください。
 ●書類が提出できない事情がある場合は、担当までご相談ください。
 ●「戸籍の附票」は既に有効なものをご提出いただいている場合は不要です。

上記の受給者の「加入している年金等の種別」で、「1-3」を選択された場合のみ、この欄に受給者の健康保険被保険者証等のコピーを貼り付けてください。コピーは表面のみで結構です。紙の保険証で枠内に収まらない場合は、裏面に貼り付けていただくか、貼り付けずに同封いただいても構いません。

押印不要ですが、署名が必要です(氏名のゴム印等不可)。

配偶者には、受給者の婚姻相手のほか、児童の親で児童と同一生計の受給者以外の者を含みます。「無」の場合は、下記の配偶者欄は記入不要です。

受給者の該当するものを選択してください。「1-1~3」に該当する方内、健康保険被保険者証等種別が「共済組合」の方は選択が「1-2」か「1-3」になります。厚生年金加入者に扶養されている方(第3号被保険者)は「2」を選択してください。

押印不要ですが、署名が必要です(氏名のゴム印等不可)。

配偶者についてご不明な点は、この欄の説明をお読みいただくか、担当までお問い合わせください。

受給者と住所が異なる「2」を選択された方は別居先住所を記入してください。