

※令和8年6月1日現在の状況をお書きください。

令和 8年度 児童手当 現況届

選択してください(配偶者も選択)。
ア…会社員等(厚生年金加入)※出向等の公務員含む
ウ…自営業・アルバイト・無職等(国民年金加入・未加入)

刈谷市長 殿										提出年月日 令和00・00・00		※受付確認年月日	
受給者	(フリガナ)	カリヤ タロウ			職業 ア. 被用者 イ. 公務員 ウ. 被用者等でない者	住所 (法人の主たる事務所の所在地) 〒 448-0000 刈谷市〇〇町〇丁目〇番地〇	令和00・00・00		電話 0000-00-0000				
	氏名(法人名等)	刈谷 太郎					住所						
配偶者等	(フリガナ)	カリヤ ハナコ			職業 ア. 被用者 イ. 公務員(勤続:) ウ. 被用者等でない者	住所 (受給者と異なる場合に記入してください)	本年1月1日時点の住所		(左欄と異なる場合に記入してください)				
	氏名	刈谷 花子					住所						
児童の兄姉等 大学生年代の子 (18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した後22歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者)	氏名	続柄	生年月日	監護相当の有無	生計費負担の有無	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	[注意] 児童の兄姉等との「監護相当関係の有無」「生計費負担の有無」がいずれも「有」の場合は、本請求書と併せて「監護相当・生計費の負担についての確認書」をご提出ください。 (児童の兄姉等と児童の合計人数が3人以上の場合に限る。)				算定対象に ○印	
	刈谷 一郎	子	平成〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別							
児童	氏名	続柄	生年月日	監護の有無	生計関係	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所(別居の場合)	※児童との関係で、該当する場合に○印	第3子以降の場合に○印	3歳未満の場合に○印	左記以外の場合に○印	手当月額
	刈谷 二郎	子	令和〇年〇月〇日	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 同一 維持	<input checked="" type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別		〇〇県〇〇市 〇〇町〇番地 (同居の場合は空欄)	<ul style="list-style-type: none"> ・未成 ・父母 ・同居 ・未成 ・父母 ・同居 ・未成 ・父母 ・同居 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母 ・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母 	太枠部分は 記入しない	円		
				<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 維持	<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別					円		
				<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 維持	<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別					円		
				<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 維持	<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別					円		
				<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 維持	<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別					円		
			<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同一 維持	<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別			円					
請求者の加入している公的年金制度の種別		ア. 厚生年金保険 イ. 国民年金 ウ. その他 ()				※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 () 私立学校教職員共済 () 国家公務員共済 () 地方公務員等共済		私立学校教職員共済…私立学校・私立大学等に勤務する職員など 国家公務員共済…国立大学法人等に勤務する職員など 地方公務員等共済…組合に加入している市立病院等の職員など		合計金額		円	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ※印の欄は、記入しないでください。 字は、楷認