

低所得世帯への子ども加算給付金申請書(請求書)

市川町長 様



裏面の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

1. 申請・請求者(世帯主)

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
〇〇 〇〇 〇〇 〇男	男 女	大正・昭和・平成・令和 55年10月10日	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇 電話 ××××(××)××××

2. 加算給付対象児童

申請額・請求額 **1** 人 × 50,000円 = **50,000** 円

- 対象となる児童の範囲は、以下のとおりです。
- ア 令和5年12月1日時点で、「申請・請求者」と同一世帯である18歳以下の児童(平成17年4月2日以降に生まれた児童)
- イ 「申請・請求者」と同一世帯、もしくは、別世帯だが扶養している令和5年12月2日以降に生まれた新生児
- ウ 令和5年12月1日時点で、別世帯であるが「申請・請求者」が扶養している18歳以下の児童(平成17年4月2日以降に生まれた児童)
- ※ 施設入所児童は、同一世帯であっても、子ども加算の対象外です。
- ※ 別世帯で子ども加算の対象となっている児童は、子ども加算の対象外です。

	(フリガナ) 氏名	申請者との続柄	性別	生年月日	同居、別居の別	住所(別居の場合のみ)
1	〇〇 〇〇 〇〇 〇子	子女	子女	平・令 30年 1月12日	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇
2				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
3				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
4				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
5				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

3. 振込口座(原則、1. の申請・請求者名義の口座) ※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

※下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	口座名義(カナ) ※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
〇〇 銀行 1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連	△△ 本支店 本支所 出張所	1普通 2当座	0012100	〇〇 〇〇
金融機関コード 0123	支店コード 46			

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は) ※欄にご記入下さい	通帳番号 (右詰めでご記入下さい)	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号をご記入下さい。	1		

※ 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、健康福祉課福祉係(TEL0790-26-1013)にお問い合わせください。

**【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、口にチェック(レ)してください。**

以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- 市川町低所得世帯への子ども加算給付金(以下「給付金」という。)の支給要件(※)に該当します。  
※ 給付金の支給対象となるためには、以下のアまたはイのいずれかの要件に該当し、平成17年4月2日以降に生まれた児童を扶養していることが必要です。
- ① ア 令和5年度住民税非課税世帯の給付金(7万円)を受給済みの世帯  
イ 令和5年度住民税均等割のみ課税世帯の給付金(10万円)を受給済みの世帯
  - ② 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、市川町が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料の提供を他の行政機関等に求める・提供することに同意します。
  - ③ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
  - ④ この申請書は、市川町において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱います。
  - ⑤ 市川町が支給決定をした後、申請書(請求書)の不備による振込不能等の事由により支払が完了せず、かつ、市川町が指定した日までに、申請・請求者に連絡・確認できない場合に、給付金が支給されないことに同意します。
  - ⑥ 給付金の支給後、本申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や給付金の支給要件に該当しないことが判明した場合には、給付金を返還します。

**提出書類**

- 低所得世帯への子ども加算給付金申請書(請求書)**  
(本書)  
※必要事項をご記入ください。
  - 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』  
※申請・請求者の運転免許証、健康保険証、マイナンバーカード(表面)、年金手帳、介護保険証、パスポート等の写し(コピー)をご用意ください。
  - 『受取口座を確認できる書類の写し(コピー)』  
※令和5年度市川町住民税非課税世帯の給付金(7万円)または住民税均等割のみ課税世帯の給付金(10万円)の受取口座へ振込みを希望した場合は不要です。  
※通帳やキャッシュカードの写し(コピー)など、受取口座の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分の写し(コピー)をご用意ください。
- 【児童と別世帯の場合は次の書類が必要です】**
- 令和5年12月1日時点で別居している児童の加算給付を申請する場合  
別居している児童の世帯の住民票の写し ※発行日から3か月以内のもの
  - 令和5年12月1日時点で別居している児童の加算給付を申請する場合  
別居している児童と申請・請求者の関係が分かる戸籍謄本の写し ※発行日から3か月以内のもの

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。(チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。)

本申立ての内容に相違ありません。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者氏名 ○○ ○男