

子育て世帯子ども加算特別給付金申請書(請求書)

支給市区町村
砂川市長 様



【誓約・同意事項】

以下のすべての誓約・同意事項について確認し、を入れてください。※全てにチェックが入らないと支給できません。

砂川市子育て世帯子ども加算給付(以下、本加算給付)の支給要件(※)に該当します。
※本加算給付の支給対象となるには、以下のアまたはイのいずれかに該当し、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。

ア 砂川市住民税非課税世帯特別給付金の受給者である。
本加算給付の対象児童は、令和6年度分の住民税均等割が課されていない。

イ 砂川市住民税均等割のみ課税世帯特別給付金の受給者である。
本加算給付の対象児童は、令和6年度分の住民税均等割が課されていない。

本加算給付の支給要件の該当性等を審査等するため、砂川市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。

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。

この申請書は、砂川市において本加算給付の支給決定をした後は、本加算給付の請求書として取り扱います。

砂川市が本加算給付の支給決定をした後、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、砂川市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、本加算給付が支給されないことに同意します。

本加算給付の支給後、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本加算給付の支給要件に該当しないことが判明した場合には、本加算給付を返還します。

※本加算給付は、砂川市住民税非課税世帯特別給付金又は砂川市住民税均等割のみ課税世帯特別給付金の支給を受ける世帯のうち、子育て世帯への加算です。

1. 申請・請求者 (砂川市住民税非課税世帯特別給付金又は砂川市住民税均等割のみ課税世帯特別給付金の受給者)

【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。

記入日	令和 年 月 日		
(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
		年 月 日	電話 ()

2. 受取方法(希望する受取方法のチェック欄()に『』を入れて、必要事項を記入してください。)

- ア 砂川市住民税非課税世帯特別給付金又は砂川市住民税均等割のみ課税世帯特別給付金口座への振込を希望します。
(下記の【受取口座記入欄】の記載および通帳の写しは不要)
- イ 指定の金融機関口座(原則、1. の申請・請求者の口座とします。)への振込みを希望
※振込先金融機関口座確認書類を添付してください(下欄を確認してください)。

【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(フリガナのみ) ※「申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせてください。
1.銀行 5.協協 2.金庫 6.協協 3.信組 7.信連連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1普通 2当座		

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。
※長期間入出金のない口座を記入しないで下さい。

(次ページも必ずご確認ください。)

3. 加算給付対象児童

加算対象に該当する児童について記載してください。

No.	(フリガナ)		続柄	性別	生年月日	同居・別居の別	住所(別居の場合のみ記入)
	氏名						
1					年 月 日		
2					年 月 日		
3					年 月 日		
4					年 月 日		
5					年 月 日		

○対象となる児童の範囲は、以下のとおりです。

ア 令和6年6月3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18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6年6月4日以降に生まれた新生児

ウ 令和6年6月3日時点で、同一世帯ではないが「申請・請求者」が扶養している18歳以下の児童(平成18年4月2日以降に生まれた児童)

※すでに砂川市もしくは他市区町村から住民税非課税世帯特別給付金や住民税均等割のみ課税世帯特別給付金又は同様の給付金を受給している児童、もしくは、それらの加算給付の対象となった児童は対象外です。

4. 申請額・請求額(「3. 加算給付対象児童」に記載の人数)

対象児童数	人	申請額・請求額	円
-------	---	---------	---

※申請額・請求額は、対象児童1人当たり一律50,000円となります。(例)対象児童数3人の場合 : 50,000円 × 3人 = 150,000

【代理確認・受給を行う場合】

代理人	フリガナ		申請者との関係	代理人生年月日	代理人住所
	代理人氏名				
				明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
				日中に連絡可能な電話番号 ()	
上記の者を代理人と認め、給付金の確認・請求、給付金の受給、給付金の確認・請求及び受給を委任します。 →法定代理人の場合は、委任方法の選択は不要です。					署名(又は記名押印) 世帯主氏名 (印)

提出書類

『子育て世帯子ども加算特別給付金申請書(請求書)』(本書)

※必要事項をご記入ください。

『申請者・請求者本人確認書類の写し(コピー)』

※申請者・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)』 (※「6. 受取方法」で「イ」を選択した場合に限る。)

※砂川市住民税非課税世帯特別給付金又は砂川市住民税均等割のみ課税世帯特別給付金に支給口座への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以下のものが必要です】

令和6年6月3日時点で別居している児童の加算給付を申請する場合

申請・請求者の世帯の状況、加算給付対象児童との関係性を確認できる書類の写し(コピー)

※戸籍謄本及び住民票の写し(コピー)をご用意ください。

令和6年6月4日以降に出生したが、別居している児童の加算給付を申請する場合

申請・請求者の世帯の状況、加算給付対象児童との関係性を確認できる書類の写し(コピー)

※戸籍謄本及び住民票の写し(コピー)をご用意ください。

※ご提出の前に、【誓約・同意事項】のチェック漏れや添付書類の不備がないかご確認ください。
(チェック漏れや添付書類の不備がある場合、支給できません。)