

様式第3号(第7条関係)

修正をする場合は、  
二重線で訂正を  
お願いします。

低所得の子育て世帯に対する子育て世帯生活支援特別給付金  
(ひとり親世帯分) 申請書(請求書)

支給市区町村
福岡 市長 殿



裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。

給付金の申請をされる方(児童扶養手当の支給要件に該当する方)のお名前を記入してください。

1. 申請・請求者

記入日 令和3年6月1日

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
福岡 博男	男	平成 年 月 日	福岡市西中央区天神1丁目8-1 福岡 博男 電話 092 ( 711 ) ※※※※
公的年金受給状況	基礎年金番号 年金コード	児童の父又は母の死亡による遺族補償の受給状況	
<input checked="" type="checkbox"/> 受けることができる(種類: ●●年金) <input type="checkbox"/> 支給停止 (種類: ) <input type="checkbox"/> 受けることができない		<input type="checkbox"/> 受けることができる(種類: ) <input type="checkbox"/> 支給停止 (種類: ) <input checked="" type="checkbox"/> 受けることができない	

※「公的年金」とは、「遺族年金(遺族基礎年金、遺族厚生年金及び遺族共済年金を含む。）」、「老齢年金(老齢基礎年金、老齢厚生年金及び退職共済年金を含む。）」、「障害年金(障害基礎年金、障害厚生年金及び障害共済年金を含む。）」、「母子年金」、「恩給」等をいいます。  
 ※「受けることができる」とは、現に受けているとき、申請中であるとき又は申請すれば受けることができる状態にあるときをいいます。

申請時点の児童扶養手当の支給要件に該当する(給付金の対象となる)お子さんのお名前を記入してください。

※18歳到達後最初の3月31日を経過しているお子さん(障害の状態にあるお子さんは20歳以上のお子さん)は対象外となりますので記入しないでください。

2. 監護等児童

申請時点において、児童扶養手当の支給要件に該当する児童について記載してください。

No.	(フリガナ) 氏名	続柄	性別	障害の有無	生年月日	同居・別居の別	住所(別居の場合のみ記入)
1	福岡 中男	子	男	有	平成 17年 12月 1日	同居	■■市△△丁目□□番地(学校寮の場合など)
2	福岡 早子	子	女	無	平成 20年 8月 1日	別居	
3					年 月 日		
4					年 月 日		
5					年 月 日		

※「監護等」とは、児童扶養手当の受給資格者が母の場合には監護すること、父の場合には監護し、かつ生計を同じくすること、養育者の場合には養育することをいいます。

※18歳到達後最初の3月31日が令和4年3月31日以降である児童又は申請時点において障害の状態にある20歳未満の者が対象です。

※「障害」とは、児童扶養手当法施行令第1条第1項に定める障害の状態をいいます。申請時点において、障害の状態にある者で、18歳到達後最初の3月31日を経過し、かつ20歳未満である者については、障害の状態を確認するため、特別児童扶養手当証書等を添付してください。

同居する配偶者又は申請者と生計を同じくする(養育者の場合はその方の生計を維持している)扶養義務者がいらっしゃる場合はお名前を記入してください。

3. 配偶者及び扶養義務者

同居する配偶者又は生計を同じくする扶養義務者等がいる場合は記入してください。

配偶者/扶養義務者	氏名	公的年金受給の有無
配偶者		有・無
扶養義務者	福岡 南子	有・●
扶養義務者		有・無

※扶養義務者とは、申請者と生計を同じくしている(又は申請者が養育者である場合には申請者の生計を維持している)申請者の父母、祖父母、子、孫等の直系血族をいいます。

