

## ひとり親世帯臨時特別給付金 申請書(請求書)【基本給付】

支給市区町村

佐世保市長 様

受付印

裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。

## 1. 申請・請求者

記入日 令和 2 年 8 月 3 日

(フリガナ) 氏名 サセボ スキヨ 佐世保 好代	性別 男・女	生年月日 S・H・R 2 年 2 月 2 日	現住所 佐世保市 高砂町5番1号 電話 0956 ( 24 ) 1111
公的年金受給状況 <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	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 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	

\* 記名押印に代えて署名することができます。

※「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。

## 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	サセボ イチコ 佐世保 一子	長女	男・女	有・無	H・R 2 5 年 2 月 9 日	同・別	
2	サセボ ジロウ 佐世保 二郎	長男	男・女	有・無	H・R 3 0 年 2 月 2 日	同・別	
3			男・女	有・無	H・R 年 月 日	同・別	
4			男・女	有・無	H・R 年 月 日	同・別	
5			男・女	有・無	H・R 年 月 日	同・別	

※「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。

※ 該当する「児童」とは、平成14年4月2日以降生まれた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。

## 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	続柄	公的年金受給の有無
配偶者			有・無
扶養義務者	佐世保 太郎	父	有・無
扶養義務者	佐世保 花子	母	有・無

扶養義務者が3人以上いるときは  
右の余白にご記入ください

※ 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、兄弟姉妹、子、孫等の直系血族をいいます。ここで言う配偶者とは障害のある配偶者に限ります。

## 4. 申請額・請求額

対象児童数	2 人	申請額・請求額	80,000 円
-------	-----	---------	----------

※ 給付金の対象児童の人数を記入してください。対象児童の人数は「2. 監護等児童」に記入された児童の人数になります。

※ 申請額・請求額は、対象児童数が1人の場合は50,000円、対象児童数が2人以上の場合は2人目以降の対象児童1人につき30,000円を加算した額となります。  
(例)対象児童数3人の場合 : 50,000円 + (30,000円 × 2人) = 110,000円

(次ページも必ずご確認ください。)

**5. 児童扶養手当の支給要件** (申請時点において、児童扶養手当の支給要件に該当しているかについて確認するため、以下のいずれかに該当する児童を監護等しているかについて、該当する項目のチェック欄(□)に『✓』を入れてください。)  
 ※既に、児童扶養手当の受給資格について佐世保市等の認定を受けている場合は不要です。

支 給 要 件	
<input checked="" type="checkbox"/>	父母が婚姻(法律婚)を解消した児童
<input type="checkbox"/>	父母が婚姻(事実婚)を解消した児童
<input type="checkbox"/>	父または母が死亡した児童
<input type="checkbox"/>	父または母が障害の状態にある児童
<input type="checkbox"/>	父または母の生死が明らかでない児童
<input type="checkbox"/>	父または母が引き続き1年以上遺棄している児童
<input type="checkbox"/>	父または母がDV被害に関する保護命令を受けた児童
<input type="checkbox"/>	父または母が引き続き1年以上拘禁されている児童
<input type="checkbox"/>	母が婚姻によらないで懐胎した児童

※「障害」とは、児童扶養手当法施行令第1条第2項に定める障害の状態をいいます。「父または母が障害の状態にある児童」を支給要件として申請される場合は、障害の状態を確認するため、障害年金に係る年金証書等を添付してください。

※「遺棄」とは、父または母が児童と同居しておらず一年以上所在不明で監護義務をまったく放棄している場合等をいいます。

**6. 受取方法**

- 下記の金融機関口座へ振込みを希望します ※申請・請求者本人の口座に限ります(通帳のコピー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(フリガナのみ) ※通帳の表記に合わせてください。
令和 1. 銀行 5. 農協 2. 信用 6. 漁協 3. 信組 7. 信連連 4. 信連	本支店 本支所 出張所	1 普通 2 当座	0 1 2 3 4 5 6	サセボ スキョ
金融機関コード 1 2 3 4	支店コード 0 0 1			

※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。

【誓約・同意事項】(各項目のチェック欄(□)に『✓』を入れてください。)

- ひとり親世帯臨時特別給付金(以下「給付金」という。)の支給要件に該当します。
- 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、佐世保市が必要な住民基本台帳情報、税情報や公的年金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、佐世保市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。
- 佐世保市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、令和3年3月31日までに、佐世保市が申請・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。
- 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。
- 親族以外の異姓との同居または頻繁な出入りなど(「事実婚」状態)にないことを誓約します。
- 既に他の市区町村等で給付金を受給していた場合には、給付金を返還します。

**提出書類の確認**

確認した項目のチェック欄(□)に『✓』を入れてください。

- 『ひとり親世帯臨時特別給付金 申請書(請求書)【基本給付】』(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)』  
 ※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。
- 『児童扶養手当の支給要件を確認できる書類』  
 ※戸籍簿本又は抄本をご用意ください(既に、児童扶養手当又はひとり親福祉医療の受給資格について佐世保市等の認定を受けている場合は不要です。)(2. 監護等児童)及び5. 児童扶養手当の支給要件において、障害の状態を確認する必要がある場合は、確認するための書類を添付してください。)
- 『簡易な収入(所得)見込額の申立書』(様式第7号の1、様式第7号の2、様式第8号)  
 ※申立てを行う収入(所得)に係る給与明細書、年金振込通知書等の収入額が分かる書類を添付してください。