

愛知県子育て応援給付金申請書(請求書)

愛知県知事殿

1. 申請者

記入日 西暦 2024 年 1 月 12 日

(フリガナ) 氏 名	生年月日	申請者の現住所(住民票所在地)	
アイチ タロウ	西暦	愛知県名古屋市中区三の丸3-1-2	
愛知 太郎	1991 年 4 月 10 日	〒 460-8501	電話 052-954-2111
		電子メール taroichi@abc.com	

※下記の誓約・同意事項(1)～(6)に誓約・同意の上、申請します。

連絡の取れるメールアドレスがない場合は、「なし」と記入してください。

申請書の記載内容について、確認する場合がありますので、日中、連絡の取れる電話番号を記入してください。

2. 支給対象児童

1歳6か月児健診又は3歳児健診を受けた児童について記入してください。

No.	(フリガナ) 氏 名	1.長男 2.長女 3.次男 4.次女 5.三男 6.三女 7.その他	生年月日	1.同居 2.別居	住所(別居の場合のみ記入)	健診受診日
1	アイチ メグミ	2	西暦 2020 年 8 月 5 日	1	〒	西暦 2023 年 8 月 10 日
2	愛知 恵	2	西暦 2020 年 8 月 5 日	1	〒	西暦 2023 年 8 月 10 日
3	【支給対象児童】<条件1>及び<条件2>の両方を満たしていること <条件1> 令和3年10月1日以降に出生し、1歳6か月に達した児童又は令和2年4月1日以降に出生し、3歳に達した児童 <条件2> 2023年4月1日以降に愛知県内の市町村で1歳6か月児健診又は3歳児健診を受診					

※同居・別居の別については健診受診日の状況を選択してください。

3. 支給要件

以下の支給要件のうち、該当する番号を記入してください。(対象児童が健診を受けた月時点での状況で判定してください。)

2

1. 児童扶養手当を受給している

2. 市町村民税均等割が非課税であり、住民税課税者の税法上の被扶養者でない。

4. 添付書類

3の支給要件に応じて、それぞれ次の書類を添付してください。

1. 児童扶養手当を受給している

- ☐ 1歳6か月児健診又は3歳児健診を受けたことがわかる書類
(母子手帳の「出生届出済証明」のページ及び「1歳6か月児健診」又は「3歳児健診」のページの写し等)
- ☐ 健診を受診した月分の児童扶養手当を受給していることがわかる書類(児童扶養手当証書の写し等)
- ☐ 受取口座を確認できる書類(金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)がわかる通帳やキャッシュカードの写し等)

2. 市町村民税均等割が非課税であり、住民税課税者の税法上の被扶養者でない。

- ☒ 1歳6か月児健診又は3歳児健診を受けたことがわかる書類(母子手帳の該当ページの写し等)
(母子手帳の「出生届出済証明」のページ及び「1歳6か月児健診」又は「3歳児健診」のページの写し等)
- ☒ 世帯全員分の住民票の写し
- ☒ 住民票に記載されている者が市町村民税均等割が非課税であることがわかる書類(非課税証明書等)
※健診を受診した日の属する年度(健診を受診した月が4月又は5月の場合は、前年度)分の市町村民税均等割が非課税であることがわかる書類を添付してください。
- ☒ 受取口座を確認できる書類(金融機関名、口座番号、口座名義人(カナ)がわかる通帳やキャッシュカードの写し等)

1・2のいずれかに該当する方で、給付金対象健診の実施期間を通じて、支給対象児の入院より、給付金対象健診を受診することができなかった場合

- ☐ その事実を確認できる書類(愛知県内の市町村からの健診の通知、診療明細書、退院証明書等)

【誓約・同意事項】

- (1) 申請内容等に偽りがあった場合、相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの給付金について速やかに返還します。
- (2) 愛知県子育て応援給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、必要な場合は、県の求めに応じ、関係書類の提出を行います。
- (3) この申請書は、県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。
- (4) 県が支給決定をした後、申請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、県が定める期限までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、県は当該申請が取り下げられたものとみなします。
- (5) 支給要件に該当する方に対しては、申請した月の翌々月までを目途に県から給付金を支給します。また、支給した旨の個別の通知はしませんので、振込口座をご確認ください。
- (6) 支給要件に該当しない方又は書類に不備がある方等に対しては、県又は受託業者から個別に連絡をいたします。

母子手帳は①と②両方のページの写しを添付してください。

- ①対象健診を受診したお子さんの氏名を確認できるページ
(出生届出済証明の子の氏名欄)
- ②健診受診記録のページ(受診施設が愛知県内の保健センター等であること)

世帯全員分の住民票は以下のものをご準備してください。

- ①申請日から3か月以内に発行されたもの
- ②マイナンバーの記載がないもの
- ③世帯主、続柄が省略されていないもの

●対象健診を受けた日の属する年度(健診を受診した月が4月又は5月の場合は前年度)分の非課税証明書等が必要となります。

<例>

・2024年4月に1歳6か月児健診又は3歳児健診を受診した場合は

令和5年度(令和4年分所得)の非課税証明書等

・2024年8月に1歳6か月児健診又は3歳児健診を受診した場合は

令和6年度(令和5年分所得)の非課税証明書等

●住民票に記載されている方、全員分の非課税証明書が必要です。

申請者本人の口座を確認できるものとしてください。

(裏面も確認してください。)

(日本産業規格A列4番)

5. 受取方法

給付金は、口座振込で行います。振込を希望される口座を下記に記載の上、届け出をお願いします。
なお、指定できる口座は、**申請者名義の口座**に限ります。
※振込先金融機関口座確認書類を添付してください。

添付書類(通帳やキャッシュカード)の内容を正しく記入してください。

【受取口座記入欄】

金融機関名		支店名		預金種別	口座番号 (右詰めでお書きください。)							(フリガナ) 口座名義	
三菱UFJ	銀行 信用金庫 農(漁)協	愛知県庁	本店 支店 (出張所)	1 普通 2 当座	1	2	3	4	5	6	7	アイチ タロウ	
					金融機関番号		0	0	0	5	愛知 太郎		
		店番号	1	9	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。

6. 支給対象児童の人数及び申請額(請求額)

1. 支給対象児童数 **1** 人 2. 申請額(請求額) **50,000** 円

表面の 2. 支給対象児童 に記入した児童の人数を記入してください。

支給対象児童1人当たり5万円として記入してください。

添付ファイル