（様式第１号）

令和　　年　　　月　　　日

福井市長　様

申請者　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　　―　　　　―

令和　　　年度　福井市在宅育児応援手当支給事業給付金支給認定申請書

福井市在宅育児応援手当の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

　申請区分（該当する方の□に☑を付けてください。）

　　□　新規　　→　１から４を記入し、同意書に署名してください。

　　□　継続　　→　１から３を記入し、同意書に署名してください。

　　　　　　　　　　４については変更のある場合記入してください。

１　申請者および家族の状況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 昭和・平成 　　年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  | | 児童との続柄 |  | |
| 職業 | 常勤・パート・自営業  無職・その他（　　　　　） | | 育児休業給付金 | 受給している　・　受給予定  受給していない | |
| 勤務先 | (名称) | | （電話番号）  （勤務開始日）　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 配偶者 | フリガナ |  | | 生年月日 | 昭和・平成 　　年　　月　　日 | |
| 氏　　名 |  | | 児童との続柄 |  | |
| 職業 | 常勤・パート・自営業  無職・その他（　　　　　） | | 育児休業給付金 | 受給している　・　受給予定  受給していない | |
| 勤務先 | (名称) | | （電話番号）  （勤務開始日）　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 住所　※申請者と異なる場合 | |  | | |

２　児童の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童 | フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　 　月　　　　日 | |
| 氏　　名 |  | | | 出生順位 |  | |
| 住所　※申請者と異なる場合 | |  | | | | |
| 児童 | フリガナ |  | | 生年月日 | | | 年　　 　月　　　　日 |
| 氏　　名 |  | | 出生順位 | |  | |
| 住所　※申請者と異なる場合 | |  | | | | |

３　支給要件の確認（該当することを確認し、□に☑を付けてください。）

□　世帯の市町村民税所得割額の合算額が57,700円未満です（児童扶養手当の対象者、母子家庭等医療費等助成の適用者、身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の保有者、特別児童扶養手当の対象者、国民年金の障害基礎年金の受給者は、合算額が77,101円未満です）。

□　上記の児童にかかる児童手当または特例給付金（以下「児童手当等」という。）を受給しています。

※申請者が児童手当等の受給者ではない場合　→　□　児童手当等の受給者は児童と別居しています。

□　上記の児童は保育所等に入所せず、家庭内で保育しています。

□　申請者および申請者の配偶者は、生活保護を受けていません。

□　申請者および申請者の配偶者は、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号。）第２条第６号に規定する暴力団員または同条２号に規定する暴力団もしくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。

４　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | | 支店名 |  | | 種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 名義人カナ | |  | | |

※ゆうちょ銀行をご利用の場合は、支店番号をご記入ください。

＜添付資料＞

（１）申請者、申請者の配偶者および児童の健康保険証の写し

（２）育児休業給付金受給申請状況証明書（配偶者を含め２枚）　（様式第２）

（３）申請者本人名義の振込先口座通帳の写し（口座番号、名義人等が記載してある部分）

（４）（児童手当等を福井市以外から受給している場合）児童手当等の受給を証明する書類

（５）（１月１日時点で福井市に住民登録がない場合）世帯の市町村民税の所得割合算額（当該年度９月から３月までの間については当該年度の市町村民税の所得割額とする。）を確認できる、市町村が発行した市町村民税の所得割額に関する証明書

事務処理欄

|  |  |
| --- | --- |
| 支給対象月 | 年　　　　月　　　　～　　　　年　　　　　　月（　　　　月分） |
| 支給額合計 |  |
| 備　　　考 |  |

**審査・支払等にかかる同意書**

１．本給付金にかかる審査および支給にあたって、担当職員が必要により次の行為を行うことに同意します。

（１）申請者および申請者の配偶者の育児休業給付金等の申請および受給状況について、納付機関等に照会すること。

（２）申請者および同一世帯者にかかる住民基本台帳、市民税等の課税、児童手当の受給、保育所等の入所および生活保護の受給に関する状況を確認すること。

（３）申請者および申請者の配偶者が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号。）第２条第６号に規定する暴力団員または同条２号に規定する暴力団もしくは暴力団員と密接な関係を有する者でないことを調査すること。

２．次の下記要件に該当する場合、担当職員が必要により次の行為を行うことに同意します。

　　（対象要件がある場合、下記の□欄に☑を入れてください。）

* 児童扶養手当を受給している場合、その受給状況を確認すること。
* 母子家庭等医療費等助成を受給している場合、その受給状況を確認すること。
* 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳を所持している場合、所有

状況を確認すること。

* 特別児童扶養手当を受給している場合、その受給状況を確認すること。
* 国民年金の障害基礎年金を受給している場合、その受給状況を確認すること。

３．福井市在宅育児応援手当支給事業給付金支給認定申請書の記載事項に変更が生じた場合は速やかに届け出るとともに、支給要件を満たさなくなった場合は支給の取消等の決定に従います。また、返還金が発生した場合は、給付を受けた市町長の指示に従い、速やかに返還します。

令和　　年　　　　月　　　　日

申請者氏名

配偶者氏名

（本人が署名してください。）