様式第五号（裏面）注意5中「情緒障害児短期治療施設」を「児童心理治療施設」に、同様式注意15中「支払希望金融機関・口座番号」を「支払希望金融機関・支店名・口座番号・口座名義」に改める。

様式第六号を次のように改める。

様式第6号（第4条関係）　（表面）

児童手当・特例給付　現況届

殿

提出年月日	※受付確認年月日
平成　・　・	平成　・　・

受給者	①（ふりがな） 氏名 （法人名等）		㊞	②性別	男・女	⑥住所 （法人の主たる事務所の所在地）	〒　－ 電話　（　）
	③生年月日	明治 大正 昭和 平成　・　・	④職業	ア．被用者 イ．公務員 ウ．被用者等でない者	⑤配偶者の有無	有・無	本年1月1日時点の住所 （上欄と異なる場合に記入してください）
配偶者等	⑦（ふりがな） 氏名	児童手当又は特例給付の支給要件の該当性を審査するため、市区町村が必要な税情報の公簿等の確認を行うことに同意します。	⑧職業	ア．被用者 イ．公務員（勤務先：　） ウ．被用者等でない者	⑨住所 （⑥と異なる場合）		
					本年1月1日時点の住所		（上欄と異なる場合に記入してください）

⑩児童 氏名	続柄	生年月日	同居・別居の別	海外留学をしている場合の出国年月	住所	監護の有無	生計関係	※児童との関係で、該当する場合に○印	※3歳未満の児童○印	※3歳以上小学校修了前の児童○印	※小学校修了後中学校修了前の児童○印
		平成　・　・	同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		平成　・　・	同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		平成　・　・	同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		平成　・　・	同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			
		平成　・　・	同・別			有・無	同一・維持	・未成年後見人 ・父母指定者 ・同居父母			

⑪加入している公的年金制度の種別	⑫譲渡所得の有無	有・無	判定		区分	手当月額
ア．厚生年金保険　イ．国民年金 ※以下の共済組合の組合員である場合は括弧内に○を記入してください。 （　）私立学校教職員共済 （　）国家公務員共済 （　）地方公務員等共済 ウ．その他（　）	⑬扶養親族等及び児童の数　人 （うち老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数　人）		控除後の所得額　円	所得制限限度額　円	・児童手当 ・特例給付	3歳未満分　円 3歳以上小学校修了前分　円 中学生分　円 計　円
	⑭所得の状況	平成　年分所得額　円				

※審査	平成　年分所得の合計額	控除 雑損控除額	医療費控除額	小規模企業共済等掛金控除額	障害者控除額 障人・特障人	寡婦・寡夫・勤労学生控除額	児童手当法施行令第3条第1項による控除
	円	円	円	円	円	円	80,000円

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。　※印の欄は、記入しないでください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。記入押印に代えて、署名することができます。