

※受付年月日

## 公的年金等受給状況確認照会承諾書

提出日 令和 年 月 日

神戸市長宛

児童扶養手当法第13条の2に規定する公的年金等の受給における届出の有無、公的年金額及び次回診断書提出に関する資料提出を年金事務所等に依頼することを承諾します。

また、照会により得られた内容に応じて児童扶養手当額の決定を行うことを承諾します。

|    | フリガナ | 生年月日・性別     | 住所             |
|----|------|-------------|----------------|
|    | 氏名   |             |                |
| 本人 |      | ( . . ) 男・女 |                |
| 児童 |      | ( . . ) 男・女 | (本人と別居の場合のみ記入) |
| 児童 |      | ( . . ) 男・女 | (本人と別居の場合のみ記入) |
| 児童 |      | ( . . ) 男・女 | (本人と別居の場合のみ記入) |
| ※  |      | ( . . ) 男・女 | (本人と別居の場合のみ記入) |

※児童扶養手当受給資格者以外の人々の年金受給権を照会する必要がある場合は、その人も記名押印または署名をお願いします。(父または母が障害の場合等)

**裏面も記入してください。**

# 公 的 年 金 調 書

## ■本人が60歳以上の場合

|         |   |           |   |
|---------|---|-----------|---|
| 年金の受給状況 | <input type="checkbox"/> 受けることができない<br><input type="checkbox"/> 受けることができる<br><input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支給停止 | 企業年金の加入状況 | <input type="checkbox"/> 加入していない<br><input type="checkbox"/> 加入している<br><input type="checkbox"/> 申請中 |
| 年金の番号   |   | 年金の番号     |   |

## ■本人又は配偶者、子の父(母)が障害有の場合

|             |         |   |       |                           |   |  |
|-------------|---------|---|-------|---------------------------|---|--|
| 障<br>害<br>者 | 氏名      | (生年月日:      年   月   日)  |       | 児童との続柄                    |   |  |
|             | 障害の原因   | <input type="checkbox"/> 先天性 <input type="checkbox"/> 後天性 ( 病気・労災・その他 )   |       |                           |   |  |
|             | 初診日     |   | 手   帳 | 身体・精神・療育                  | 級 |  |
|             | 年金の受給状況 | <input type="checkbox"/> 受けることができない<br><input type="checkbox"/> 受けることができる<br><input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支給停止 | 年金の番号 |                           |   |  |
|             |         |   | 年金の種類 | 児童が年金の加算対象に(なっている・なっていない) |   |  |

## ■配偶者又は子の父(母)が死亡の場合

|   |                     |  |          |   |  |  |
|---|---------------------|--|----------|---|--|--|
| 死<br>亡<br>者   | 氏名                  | (生年月日:      年   月   日)   |          | 児童との続柄  |  |  |
|   | 死亡日                 |  | 原因       | <input type="checkbox"/> 業務上 <input type="checkbox"/> 病死 <input type="checkbox"/> その他(      ) |  |  |
|   | 死亡時の住所              |  |          |   |  |  |
|   | 年金の加入状況             | <input type="checkbox"/> 加入していた<br><input type="checkbox"/> 未加入だった | 年金の番号    |   |  |  |
|   |                     |  | 年金の種類    | 国民年金・厚生年金・(      )  |  |  |
|   | 死亡前の勤務状況(死亡前5年間を記入) |  |          |   |  |  |
|   | 勤務期間                | 勤務先名称  |          | 所在地   |  |  |
|   | 年 月～ 年 月            |  |          |   |  |  |
|   | 年 月～ 年 月            |  |          |   |  |  |
|   | 年 月～ 年 月            |  |          |   |  |  |
| <b>児童について、児童の父又は母の死亡により受けることができる公的年金、遺族補償の受給状況</b><br><input type="checkbox"/> 受けることができない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 支給停止 |                     |  |          |   |  |  |
| その他参考事項   |                     |  |          |   |  |  |
| ※ 作成年月日   |                     |  | ※ 区担当者氏名 |   |  |  |

※欄は、記入しないでください。