

低所得世帯等支援特別給付金(こども加算)申請書(請求書)  
(申請を必要とする世帯の場合)

支給市区町村(※令和5年12月1日時点の市区町村)

高 崎

市長殿

市区町村  
受付印

裏面の【誓約・同意事項】を全て確認しチェックしました。全ての内容に誓約・同意の上、申請します。

## 1. 申請・請求者(世帯主) ※低所得世帯支援追加特別給付金(7万円)または住民税均等割のみ課税世帯支援特別給付金(10万円)の対象者

(フリガナ) 氏名	性別	生年月日	現住所
	男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	電話 ( )

## 2. こども加算の対象児童

	(フリガナ) 氏名	申請者との続柄	性別	生年月日	同居・別居の別	別居の場合には対象児童の住所を記入 (市外の場合は住民票を添付してください)
1				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
2				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
3				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
4				平・令 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

○ 対象児童の範囲は以下の通りです。ただしすでにこども加算の対象児童として支給を受けている児童は除きます。  
ア 令和5年12月1日時点で、「申請・請求者」と同一世帯である18歳以下の児童(平成17年4月2日以降に生まれた児童)  
イ 令和5年12月2日以降に生まれた新生児  
ウ 別世帯だが扶養している児童  
※対象児童の住所が「市外」の場合は、当該児童の属する世帯全員の住民票の写し(世帯主の氏名、続柄が分かるもの)を提出してください。

## 3. 申請額・請求額

対象児童数(2. こども加算  
の対象児童に記載の人数)

人

× 50,000円 =

申請額・請求額

円

## 4. 振込口座(原則、1. の申請・請求者名義の口座) ※長期間入金のない口座を記入しないで下さい。

※下欄に記載し、振込先金融機関口座確認書類を添付して下さい。

【受取口座記入欄】

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書き下さい。)	口座名義(カナ) (※「1. 申請・請求者」名義に限る。 ※通帳の表記に合わせて下さい。)
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信濃連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1普通 2当座		

ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は ※欄にご記入下さい)	通帳番号 (右詰めでご記入下さい)	口座名義(カナ) ※通帳の表記に合わせて下さい
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き 左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を ご記入下さい。	1 ※		

※ 金融機関の口座がない方、金融機関から著しく離れた場所に住んでいる方など、どうしても口座による受け取りが出来ない方は、高崎市役所給付金コールセンター(電話027-321-1213)にお問い合わせ下さい。

裏面も必ずご確認下さい

**【誓約・同意事項】 ※全ての項目を確認し、□にチェック(レ)して下さい。**

以下の全ての誓約・同意事項について確認し、誓約・同意します。

- ① 高崎市低所得世帯等支援特別給付金(こども加算)(以下、こども加算)の支給要件(※)に該当します。  
※こども加算の支給対象となるには、以下のア又はイのいずれかに該当し、平成17年4月2日以降に生まれた児童を扶養していることが必要です。  
ア 高崎市低所得世帯支援追加特別給付金(7万円)の対象者である。  
イ 高崎市住民税均等割のみ課税世帯支援特別給付金(10万円)の対象者である。
- ② こども加算の対象児童について、すでにこども加算の支給を受けておらず、また、他の者にもこども加算が支給されていません。
- ③ 給付金の支給要件の該当性等を審査等するため、市区町村が必要な住民基本台帳情報、税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。
- ④ 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。
- ⑤ この申請書は、市区町村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。
- ⑥ 市区町村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6年9月13日までに、市区町村が申請・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。
- ⑦ 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。

**提出書類**

- 低所得世帯等支援特別給付金(こども加算)申請書(請求書)  
(申請を必要とする世帯の場合)(本書)  
※ 必要事項をご記入下さい。
- 『申請・請求者本人確認書類の写し(コピー)』  
※ 申請・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)をご用意下さい。
- 『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)をご用意下さい。
- (対象児童の住所が「市外」の場合)  
「当該児童の属する世帯全員住民票」の写し(コピー)(世帯主の氏名、続柄が分かるもの)

※【誓約・同意事項】のチェック漏れや、添付書類の不備はありませんか。(チェック漏れや添付書類の不備がある場合、給付を受けられません。)

本申立ての内容に相違ありません。

令和 年 月 日 申請者氏名