

記入例

児童手当 認定請求書・額改定(増額)請求書

◆請求者について：請求者は児童の父母のうちで、主たる生計維持者(恒常的に所得の高い方)となります。

提出にあたり、当該年度の資格審査を受けるため、多摩市長が請求者及び配偶者等の所得状況等を調査し、また官公署等に対し必要な書類の閲覧や資料の提供を求めることについて同意します。

前年の1月1日と今年の1月1日に多摩市に住民票があった場合 市内 市外
ない場合 市内 市外

多摩市長 殿

提出年月日 2024年10月1日 | 1月1日時点の住所 前年 市内 市外 今年 市内 市外

請求者(生計中心者の方) フリガナ タマ タロウ | 氏名 多摩 太郎 | 生年月日 1990年1月1日 | 児童との続柄 父・母

住所 多摩市 関戸6-12-1 | 配偶者の有無 有・無

勤務先名称 株式会社タマ | 保険証を見ながらご記入ください | 配偶者との同居別居 同・別

加入健康保険 健保組合・全国健保・共済(公務員)・共済(その他) | 加入年金 国民年金・厚生年金・未加入

支払希望金融機関 0000 123 | 口座番号 0123456 | 口座名義(カタカナ) タマ タロウ

請求者の配偶者 フリガナ タマ サクラ | 氏名 多摩 さくら | 生年月日 1990年3月3日 | 児童との続柄 父・母

勤務先名称 会社員 | 連絡先 (080) 1234-5678 | 住所 (別居の場合)

フリガナ	請求者との続柄	生年月日	同居別居	監護※1	生計関係※2	加入健康保険の被保険者	児童の加入健康保険	その他の医療費助成受給状況	別居の場合の児童の住所
タマ ヒジリ 多摩 聖	子	2020.5.5	同	有	同一	父・母	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	
タマ ハナ 多摩 花	子	2024.7.7	同	有	同一	父・母	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	
生まれたばかりのお子様のマイナンバーについては未記入で構いません									
			同	有	同一	父・母	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	
			同	有	同一	父・母	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	
			同	有	同一	父・母	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	

※1 監 護：児童の生活に必要な監督や保護のこと(児童の面倒をみていること)

※2 生計関係：児童が請求者の子で、請求者が児童と生計を同じくする場合は【同一】に、

児童が請求者の子でなく、父母に代わり請求者が児童の生計を維持している場合は【維持】になります。

※多摩市記入欄

所得審査	所得の合計額	円	認定・却下	
	基礎控除額(定額)	80,000	円	被用・非被用
	控除額(その他)	円	支給・改定	
	控除後の所得額	円	開始年月	年 月
	扶養親族の人数(老人扶養親族の人数)	人(人)	対象児童	3歳以上高校生年代(第1・2子) 人 0歳以上高校生年代(第3子以降) 人 3歳未満 人
			手当月額合計	円

受付者
受付日

公簿確認済

備考欄

出生	転入	その他	主たる生計維持者確認
----	----	-----	------------

子ども医療費助成制度 医療証交付申請書 (兼現況届)

◆申請者について：原則として子どもの父母のうち、主たる生計維持者 (恒常的に所得の高い方) です。

提出にあたり、当該年度及び更新時の資格審査を受けるため、多摩市長が申請者及び配偶者等の所得状況等を公簿により確認すること、また、官公署等に対し必要な書類の閲覧や提供を求めることについて同意します。

前年の1月1日と今年の1月1日に多摩市に住民票があった場合 市内
ない場合 市外

記入例

多摩市長 殿

提出年月日	2024年 10月 1日		1月1日時点の住所	前年	市内・市外	今年	市内・市外		
申請者 (生計中心者の方)	フリガナ	タマ タロウ	氏名	多摩 太郎		生年月日	1990年 1月 1日	子どもの続柄	父・母 その他 ()
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	住所	多摩市 関戸 6 - 1 2 - 1 自宅電話 (042) 338 - 3851		配偶者の有無	有・無		
	勤務先名称 または職業名	株式会社タマシ		保険証を見ながらご記入ください		配偶者との同居別居	同・別		
加入健康保険	健保組合・全国健保・共済(公務員)・共済(その他)・多摩市国保・国保組合								
申請者と別居の場合の子どもの住所及び世帯主名 ※申請者が多摩市外在住の場合、申請者の住民票の写しを添付									
多摩市 豊ヶ丘 1 - 2 - 3				連絡先 (042) 333 - 3333					
世帯主氏名 多摩 五郎				子どもの続柄 祖父					

申請者の配偶者	フリガナ	タマ サクラ	氏名	多摩 さくら		生年月日	1990年 3月 3日	子どもの続柄	父・母 その他 ()
	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3	勤務先名称 または職業名	会社員		連絡先	(080) 1234 - 5678	住所 (別居の場合)	多摩市豊ヶ丘 1 - 2 - 3
	日中に連絡をとりやすい配偶者の携帯電話番号								

就学後の児童・高校生等	子どもの氏名・個人番号	申請者との続柄	生年月日	同居別居	監護 ※1	生計関係 ※2	加入健康保険の被保険者	子どもの加入健康保険	その他の医療費助成受給状況	※市記入欄
	タマ ヒジリ 多摩 聖	子	2020. 5. 5	同・別	有・無	同一・維持	父・母 その他 ()	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	
3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4										
タマ ハナ 多摩 花	子	2024. 7. 7	同・別	有・無	同一・維持	父・母 その他 ()	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障		
就学前の乳幼児				同・別	有・無	同一・維持	父・母 その他 ()	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	
				同・別	有・無	同一・維持	父・母 その他 ()	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	
				同・別	有・無	同一・維持	父・母 その他 ()	健保組合・全国健保 共済(公務員・その他) 多摩市国保・国保組合	親・障	

助成額返還誓約書
この医療費助成により、受領した助成額について他の法令により医療保険の給付がなされた場合においては、そのことを遅滞なく申し出ること及び給付を受けた限度において、該当助成額を返還することを誓約いたします。

※1 監 護：子どもの生活に必要な監督や保護のこと。(子どもの面倒をみていること)
※2 生計関係：子どもが申請者の子で、申請者が子どもと生計を同じくする場合は【同一】に、子どもが申請者の子でなく、父母に代わり申請者が子どもの生計を維持している場合は【維持】になります。

※多摩市記入欄 ↓

確認項目	年度	所得審査	総所得額	円	扶養人数 (うち老人扶養)	人	負担区分
	健康保険証		控除額	円	所得制限限度額	円	都・市
	所得証明書 (年度)			円	判定	取得日	
	在留期間			円	認定・却下	交付日	
その他							

受付者
受付日

公簿確認済

備考欄	出生	転入	その他	主たる生計維持者確認