

児童手当・特例給付 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資料の提供を求めることについて同意します。

第 号

多摩市長 殿

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------------------------|---------|---------------------|---------------|------------|-----------------|--|-----------------------|-----------------|
| 提出年月日 | | 年 月 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 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | 児童との続柄 | 父・母 その他() | | |
| | 氏名 個人番号 | 印 | | | | | | | | |
| | 住所 | 多摩市 | | 自宅電話() - 携帯電話() - | | 配偶者の有無 | | 有・無 | | |
| | 勤務先名称 または職業名 | | | | | 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 | | | | | | | | |
| | 加入年金 | 国民年金・厚生年金・未加入 | | | | | | | | |
| | 支払希望 金融機関 | | | 銀行・農協 信金・信組 | | 支店 出張所 | 口座番号 | 口座名義 (※請求者名義に限る) (カタカナ) | | |
| 請求者の 配偶者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | | 児童との続柄 | 父・母 その他() | | |
| | 氏名 個人番号 | 印 | | | | | | | | |
| 勤務先名称 または職業名 | | | 連絡先 () | | 住所 (別居の場合) | | | | | |
| 小学生までの児童 | 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 |
| | 児童の氏名・個人番号 | | | 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 | |
| 就学前の乳幼児 | 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 |
| | 児童の氏名・個人番号 | | | 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 | |

※1 監護：児童の生活に必要な監督や保護のこと。

※記名押印に代えて、署名することができます。

※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 児童手当・特例給付 |
| | 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 開始年月 |
| | 控除後の所得額 | 円 | 年 月 |
| | 扶養親族の人数 (老人扶養親族の人数) | 人() | 対象児童 |
| 所得制限限度額 | 円 | 手当月額合計 | 円 |
| | | 中学生 | 人 |
| | | 小学校修了前 第1・2子 | 人 |
| | | 小学校修了前 第3子以降 | 人 |
| | | 3歳未満 | 人 |

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(乳)医療証交付申請書(兼現況届)

◆申請者について：子どもの父母のうちで、主たる生計維持者(恒常的に所得の高い方)です。この制度では「保護者」と呼びます。
 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資料の提供を求めることについて同意します。

第 号

多摩市長 殿

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------------------------------------|-----------|---------------|-------|-----------|---------------|--|---------------|-------|
| 提出年月日 | | 年 月 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 | | | 生年月日 | 年 月 日 | | 子どもとの続柄 | 父・母 その他() | | |
| | 氏名 個人番号 | 印 | | | | | | | | |
| | 住所 | 多摩市 | | | | 配偶者の有無 | 有・無 | | | |
| | 勤務先名称 または職業名 | | | | | 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 | | | 連絡先() | | | | | | | |
| 世帯主氏名 | | | 子どもとの続柄 | | | | | | | |
| 申請者の配偶者 | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | | 児童との続柄 | 父・母 その他() | | |
| | 氏名 個人番号 | 印 | | | | | | | | |
| 勤務先名称 または職業名 | | 連絡先() | | 住所 (別居の場合) | | | | | | |
| 小学生までの児童 | フリガナ | 申請者との続柄 | 生年月日 | 同居別居 | 監護 | 生計関係 | 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 |
| | 子どもの氏名・個人番号 | | 年 月 日 | 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 | |
| | | | 年 月 日 | 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 | |
| | | | 年 月 日 | 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 | |
| | | | 年 月 日 | 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 | フリガナ | 申請者との続柄 | 生年月日 | 同居別居 | 監護 | 生計関係 | 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 |
| | 子どもの氏名・個人番号 | | 年 月 日 | 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 | |
| | | | 年 月 日 | 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 | |
| | | | 年 月 日 | 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 | |
| | | | 年 月 日 | 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。

※記名押印に代えて、署名することができます。

※監護：子どもの生活に必要な監督や保護のこと。

※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 ↓

| | | | | | | | |
|------|-----------|------|------|-------|------------------|------|------|
| 確認事項 | 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) | | | | | | 取得日 |
| | 在留期間 | | | | | | 交付日 |
| その他 | 控除後 | 円 | 判定 | 認定・却下 | | | |

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