

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					当座 普通 貯蓄	口座番号					
	銀行・農協 信金・信組 支店出張所					口座名義 (カタカナ)	(*請求者名義に限る)				
配偶者の	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										
	勤務先名称 または職業名	連絡先				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	
小学2 年生 まで の未 児童				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		
				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。（児童の面倒をみていること。）

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