（第１号様式）

|  |
| --- |
|  |
| 横浜市　病院事業管理者　 | 児童手当認定請求書児童手当現況届◎ 太枠内について記入してください。 | 審査 | 人事課長 | 労務係長係長 | 担当者 | 所属 | 課 長 | 係 長 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 請求者 | 所　　属 |  | 請求年月日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 受理年月日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 所属コード |  |
| 配偶者 | 職員番号 |  |
| 職員番号 |  |
| フリガナ |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 氏　　名 | 　　　　  |
| 職　　業 | 　　　有　　　　・　　　　無 |
| 住　　所 |  |
| 本申請にかかる児童については、申請者以外、児童手当を受給していません。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は㊞） |
| 医療局病院経営本部以外から受けた給与以外の所得 | １．有 （給与所得　　　　　　　円）２．無※有の場合は請求者の所得証明書を添付してください |
| 児童※１ | 氏　　　　　　　名 | 年齢 | 生　年　月　日 | 監護※２ | 生計※３ | 住所（別居のみ記入） |
|  |  |  | 有・無 | 同一・維持 |  |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 同一・維持 |  |
|   |
|  |  |  | 有・無 | 同一・維持 |  |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 同一・維持 |  |
|  |
|  |  |  | 有・無 | 同一・維持 |  |
|  |
| 所得額 | 所得額（年間） | 扶養親族数 | 控除後の所得額 | 所得制限限度額 | 判定 |
|
|  | 人（ 内老人扶養　人 ） | （A）－（B）円 | 円 |  |
| 控除額 | 障　害　（普通） | 障　害　（特別） | 寡夫・寡婦・勤労 | 小規模企業共済掛金 |
| 人　　　　　　円 | 人　　　　　　円 | 円 | 円 |
| 雑損・医療 | 一　般　控　除 | 控　　除　　計 |  |
| 円 | 円 | （B）円 |
| 認定却下 | 算定児童数 | 支　給　開　始 | 手　当　月　額 | 初回の支給額 | 認定 ・ 却下 | 通　　　知 |
| 人 | 令和 年 月から | 円 | 円 | 令和　年　月　日 | 令和　年　月　日 |
|  |

※１：「子ども」の欄は、請求者が養育（監護し、かつ、生計を同じくするか又は生計を維持することをいいます。）するすべての22歳に達する日以後の最初の３月31日までの間にある子について、記入してください。

※２：「監護」がある状態とは、子どもの生活について、通常必要とされる監督、保護を行っている状態をいいます。

※３：「生計関係」　同一 ： 子どもが請求者自身の子である場合で、請求者がその子と生計を同じくしている状態

維持 ： 子どもが請求者自身の子でない場合で、請求者がその子の生計を維持している状態