

<記入例>

(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	担当者	所 属	課長	係長	担当者	
										提出日を記入		
請 求 者	所 属	医療局病院経営本部 市民病院			請求年月日	令和〇年〇月〇日						
	所属コード	記入不要			受理年月日	平成 記入不要 日						
	職員番号	1234567			配 偶 者	職員番号	本市職員の場合のみ記入					
	フリガナ	ビョウイ ハナ				フリガナ	ビョウイ ハナ					
	氏 名	病院 花子				氏 名	病院 浜助					
	住 所	横浜市中区港町1-1			職 業	有 ・ 無						
	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 記入不要 ※有の場合は請求者の所得証明書を添付してください。			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。 病院 花子 (自署又は㊸)							
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)						
	ビョウイ タロウ	18	2008年4月1日	有	同一	監護及び生計状況について、どちらかを○で囲む						
	病院 太郎			無	維持							
	ビョウイ ジョウ	10	2016年1月5日	有	同一	児童の生年月日を西暦表記で記入						
	病院 次郎			無	維持							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 児童については、22歳に達する以後の最初の3月31日までの間にある子(2004年4月1日以降に生まれた子)について記入してください。 </div>												
所得額	所得額(年間)	扶養親族数	控除後の所得額	所得制限年度額	人 (A) - (B) (内老人扶養人) 以下、記入不要 円							

<下記の書類を添付の上、ご提出ください！>

- ①世帯全員の住民票 (通勤届等他の提出書類で提出している場合は不要)
- ②請求者及び配偶者の所得証明書
- ③採用前の児童手当支給機関が発行する児童手当消滅通知書

※消滅通知発行日から15日以内にご提出いただかないと、支給開始が遅れ、児童手当が支給されない月が発生します。消滅通知が発行されたら速やかにご提出ください。

児童手当は採用日から15日以内に請求書を提出する必要があります。