

育児手当金請求書

		給付コード						
1	満6歳	0	0	7	1	-	0	0
2	満12歳	0	0	7	1	-	1	0
3	満15歳	0	0	7	1	-	2	0
4	満6歳加算のみ	0	0	7	1	-	0	1
5	満12歳加算のみ	0	0	7	1	-	1	1
6	満15歳加算のみ	0	0	7	1	-	2	1

区分
K

一般財団法人大阪府教職員互助組合理事長様

太枠のみご記入ください。

会員番号		所属名	〒 (- -)
フリガナ			
氏名			
住所	〒 -	〒 (- -)	

別紙の書類を添えて下記のとおり請求します。

請求額	¥	給付決定額	¥						
フリガナ									
扶養家族氏名									
出生年月日			年		月			日	
	満6歳	満12歳	満15歳	満6歳加算	満12歳加算	満15歳加算			

振込先	銀行名		支店名		普通	口座番号	
フリガナ							
口座名義人	(請求者本人)						

担当者	資格	受付

- 〈添付書類〉
- 加算分請求の場合
 - 1. 障がい児の場合……………身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳
 - 2. 特定疾病患者の場合……………特定疾病医療受給者証

○会員が扶養手当を受給し、会員でない配偶者で健康保険証の扶養者認定を受けている場合健康保険証の写し(扶養家族の氏名が記載されているもの)

〈注意〉 上記2の特定疾病の患者には、軽快者は含みません。

- ◎ 添付書類は鮮明な写しをもって原本に替えることができます。
- ※ ご記入いただきました個人情報、当該事業の適正な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

給付は、受給事由が発生した日から3年以内に請求があった場合に限って、これを行うことができます。