

市受付印		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">子</div> 証明・領収書原本返却願 <small>(宛先) 小金井市長</small> <small>下記の理由により、支給申請書に添付した領収書に助成額を証明の上、原本を返却してください。</small>		記入例										
<small>受付者</small> <small>記</small>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <small>申請書提出日を記入</small> ____年 ____月 ____日提出 </div>												
義務教育就学児医療証の記載内容														
医療証番号	負担者番号			受給者番号										
	8	8	1	3	1	3	3	9	1	0	0	0	0	0
児童氏名	小金井 一郎			児童生年月日	○年 1月 1日									
保護者氏名	小金井 太郎			住所	小金井市本町6-6-3									
証明・領収書返却の理由														
使用用途	① 確定申告の医療費控除で使用するため 2 その他 () <small>具体的に記入のこと</small>													

【記入上の注意】

- ・義務教育就学児医療証を参照してご記入ください。
- ・申請は郵送でも受け付けますが、普通郵便で郵送した場合の事故については、一切責任を負いませんので、ご心配な方は「簡易書留郵便」をご利用ください。

【添付書類等】

- ・返信用の封筒（切手を貼付して住所氏名を記入したもの）を同封してください。
- ・通常は支給申請書と同時に提出しますが、すでに提出した領収書原本の返却の場合は、支給申請日・医療機関の名前等、該当の領収書を特定できるようにメモを同封してください。

市 記 入 欄	
領収書返却枚数	枚 <small>領収書の写しは、支給申請書に添付</small>
領収書返却年月日	____年 ____月 ____日 <input type="checkbox"/> 窓口返却 <input type="checkbox"/> 郵送返却

【領収書を返却できる場合】

領収書は原本提出が原則です。しかし、同一の領収書内に、保険外治療分（私費分）や、食事療養標準負担額等が含まれている場合で、所得税の確定申告（医療費控除）に使用する場合など、他で領収書の原本を必要としている具体的な理由があるときは、原本をお返しすることができます。

※申請用封筒・切手はご自分でご用意ください。

ご不明な点は、お問い合わせください。

【問合せ先】

小金井市 子ども家庭部
子育て支援課 手当助成係

電話042-387-9839（ダイヤルイン）

返却願郵送時、封筒に貼付し宛名ラベルとしてご使用ください。

〒184-8504

小金井市本町六丁目6番3号

小金井市役所

子育て支援課 手当助成係 行

（マル子証明・領収書返却願在中）