

※処理事項	受給資格適否	適・否	(否の理由)	
	附加給付	有・無	受給者番号	

母子・父子家庭医療費受給資格(更新)登録申請書

令和 年 月 日

富谷市長あて

住所

申請者氏名

電話

— —

区分	氏名	性別	続柄	生年月日	同居別居
申請者氏名	..... (個人番号)	男・女		昭・平 年 月 日	同・別
児童氏名	..... (個人番号)	男・女		平・令 年 月 日	同・別
	..... (個人番号)	男・女		平・令 年 月 日	同・別
	..... (個人番号)	男・女		平・令 年 月 日	同・別

母子・父子家庭となった原因 死亡・離婚・生死不明・遺棄・海外・障害・拘禁・未婚の母・父母のない児童

児童扶養手当の支給の有無	有・無	証書番号	城児第	号
加入医療保険	保険者名称及び番号			
	被保険者氏名(世帯主名)		資格取得年月日	平・令 年 月 日

上記の者の母子・父子家庭医療費助成について、下記口座へ振込されることを承諾します。

振込希望金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所	フリガナ 名義人	.....
	預金種目	普通・当座	口座番号	.....

母子・父子家庭医療費助成の登録、更新及び支給について、次のことに同意するとともに、以後の更新時において自動更新を依頼します。

- 受給資格の当初登録申請に必要な事項について、市の保有する公簿等により確認を行うこと。
- 毎年実施される受給資格の更新に必要な事項について、市の保有する公簿等により確認を行うこと。
- 医療費助成金の支給に必要な事項について、市の保有する公簿等により確認を行うこと。
- 医療費助成金の支給に必要な事項について、市が医療機関及び加入保険者等に確認を行うこと。
- 医療費助成の登録及び更新業務に限り、所得状況等、必要となる地方税関係情報の取得を行うこと。

申請者署名

扶養義務者署名

〃

(注) 1 ※欄は記入する必要はありません。

2 更新申請に当たっては、附加給付に異動がないときは、附加給付に関する証明を省略できます。

※受付	本・東・丘・あ・日・成	受付年月日	・	・	台帳処理	・	・	交付年月日	・	・
-----	-------------	-------	---	---	------	---	---	-------	---	---

〈附加給付に関する証明〉

当事業所(保険者)の保険給付において、家族療養附加金についての規定は次のとおりです。

給付規定	(給付規定の内容又は規定の写し)
有・無	<p>【公費(母子・父子家庭医療費助成)負担優先か該当する方に○をしてください。(優先・非優先)】</p>

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名
又は
保険者名称 印

※以下、市の使用欄です。〈所得に関する調書 年度(年分)〉

		本人	扶養義務者	備考
(A)	所得額	円	円	
(B) 控除額	社会保険料等控除相当額	円	円	
	雑損控除額	円	円	
	医療費控除額	円	円	
	小規模企業共済等掛金控除額	円	円	
	配偶者特別控除額	円	円	
	障害者控除額	円	円	
	特別障害者控除額	円	円	
	寡婦(夫)・特別寡婦・勤労学生控除額	円	円	
	肉用牛等農業所得免除相当額	円	円	
同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		人	人	
うち同一生計配偶者のうち70歳以上の者、特定扶養親族等又は老人扶養親族の数		人	人	
(A) 控除後の所得額 =		(B) -	=	円