

様式第1号(第7条関係)

※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

申請者住所
氏名
電話

区分	氏名	性別	続柄	生年月日	同居別居
申請者 (個人番号)		男・女		・	同・別
児童名		男・女		・	同・別
		男・女		・	同・別
		男・女		・	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 城見第 号

加入医療保険	保険者名称及び番号								
	被保険者名		資格取得		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 本店		フリガナ						
	金庫 支店		名義人						
	預金種目	普通・当座	口座番号						

以後の登録更新時において自動更新を依頼するとともに、富谷市の保有する公簿等により、所得状況等について更新の登録申請等に必要な事項を調査することを承諾します。

申請者署名 印
扶養義務者署名 印
" 印

(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、一部負担還元金・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	

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



※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	
控除後の所得額＝		(A) - (B)	=	円