

母子・父子家庭医療費受給資格(更新)登録申請書

令和 7 年 4 月 22 日

富 谷 市 長 あて

住所 富谷市富谷坂松田30番地

申請者 氏名 富谷 美子

電話 022 - 358 - 0516

| 区 分 | 氏 名 | 性 別 | 生 年 月 日 | 続 柄 | 同居別居 | | | |
|--|---|------------------------------------|------------------|-------------------|--|---|---|---|
| 受 給 者 | <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (個人番号) 2345 6789 0001 | 男・ ☒ | 昭・ 平 1年 2月 3日 | 本人 | ☐・別 | | | |
| | 富谷 花子 (個人番号) 1234 5678 9123 | 男・ ☒ | 平・ ☒ 2年 3月 4日 | 長女 | ☐・別 | | | |
| 児 童 | 富谷 一男 (個人番号) 9876 5432 1987 | 男・ ☒ | 平・ ☒ 5年 6月 7日 | 長男 | ☐・別 | | | |
| | | 男・ ☒ | 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・父母のない児童 | | | | | | |
| 児童扶養手当の支給の有無 | | 有・無・☐申請中 | 証 書 番 号 | 城 児 第 号 | | | | |
| 加 入 医 療 保 険 | 保 険 者 名 称 及 び 番 号 | 全国健康保険協会 宮城支部 | | 資 格 取 得 年 月 日 | 平・ ☒ 6年 7月 8日 | | | |
| | 記 号 ・ 番 号 | 0 1 0 4 0 0 1 3 | | 被保険者氏名 (世帯主名) | <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ | | | |
| 42358691-7 | | | | | | | | |
| 上記の者の母子・父子家庭医療費助成について、下記口座へ振込みされることを承諾します。 | | | | | | | | |
| 振 込 希 望 金 融 機 関 名 | 七十七 | 銀行 信金 信組 農協 | 富谷 | 本 店 支 店 出張所 | フリガナ トミヤ ヨシコ | | | |
| | 預 金 種 目 | ☐普 通・当 座 | 名 義 人 | 富谷 美子 | 口座番号 | | | |
| | | 3 | 2 | 1 | 6 | 5 | 4 | 9 |

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。

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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 富谷 美子

扶養義務者署名 富谷 富吉

〃 富谷 富子

(注) 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。

<富谷市処理欄>

| | | | | | | |
|---------|-------------|-----------|-------------|----------------------------------|---------|-----------|
| 処 理 事 項 | 受 給 資 格 適 否 | 適 ・ 否 | (否の理由) | ☐所得制限 (☐本人・☐扶養義務者) ☐その他 () | | |
| | 附加給付 | 受 給 者 番 号 | 受 付 場 所 | 受 付 年 月 日 | 台 帳 処 理 | 交 付 年 月 日 |
| | 有 ・ 無 | | 本・東・丘・あ・日・成 | ・ ・ | ・ ・ | ・ ・ |