

記載例

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 ・ 女	昭 平 1年 2月 3日	本人	同・別
児童	富谷 花子 (個人番号) 1234 5678 9123	男 ・ 女	平 令 2年 3月 4日	長女	同・別
	富谷 一男 (個人番号) 9876 5432 1987	男 ・ 女	平 令 5年 6月 7日	長男	同・別
		男 ・ 女	平 令 年 月 日		同・別
(個人番号)					
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・ <input type="checkbox"/> 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 0 1 0 4 0 0 1 3	資格取得 年月日	平 令 6年 7月 8日	
	記号・番号	42358691-7	被保険者氏名 (世帯主名)	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ	

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	銀行 信金 信組 農協 七十七	本店 富谷 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	

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 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	・・	・・	・・	