

子ども医療費受給資格(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

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------------|---------|--|--|--|--|-----------------|------|---------------|---------|-------|--------|--|
| 保護者 | フリガナ | | | | | | | 男・女 | 生 年 月 日 | 昭・平 | 年 月 日 | 対象者の続柄 | |
| | 氏 名 | □申請者と同じ | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | □申請者と同じ | | | | | | | 電 話 番 号 | — — | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名称及び番号 | | | | | | | | 資 格 取 得 年 月 日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | | | | | | | | 被保険者氏名(世帯主名) | □保護者と同じ | | | |
| 対象者 | フリガナ | | | | | | | 男・女 | 生 年 月 日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | 医療保険認定年月日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 男・女 | 生 年 月 日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | 医療保険認定年月日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | 男・女 | 生 年 月 日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | 医療保険認定年月日 | 平・令 | 年 月 日 | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の者の子ども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 | 銀行 信金 信組 農協 | | | | | | 本店 支店 出張所 | フリガナ | | | | | |
| | 預金種目 | | | | | | 普通・当座 | 名義人 | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |

子ども医療費助成の登録、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。

署 名

署 名

(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 | 受給者番号 | | | 受給者番号 | | | 受給者番号 | | |
| | 附 加 給 付 | 県 補 助 金 | 受 付 場 所 | | 受 付 年 月 日 | | 台 帳 処 理 | | 交 付 年 月 日 |
| | 有 ・ 無 | 適 ・ 否 | 本・東・丘・あ・日・成 | | ・ ・ | | ・ ・ | | ・ ・ |

〈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(子ども医療費助成)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)〉

| | | 申 請 者 | 配 偶 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 |