

## 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

申請者

住所

氏名

保護者	フリガナ			男 ・ 女	生年 月日	昭 ・ 平年 月日		対象者 と の 続 柄	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ							
	個人番号								
住所	<input type="checkbox"/> 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 年 月 日		
	記号・番号					被保険者氏名 (世帯主名)	<input type="checkbox"/> 保護者と同じ		
対象者	フリガナ			男 ・ 女	生年 月日		平 年 月 日		
	氏名								
	個人番号			男 ・ 女	医療保険認定年月日		平 年 月 日		
	フリガナ								
	氏名			男 ・ 女	生年 月日		平 年 月 日		
	個人番号								
	フリガナ			男 ・ 女	生年 月日		平 年 月 日		
	氏名								
個人番号				医療保険認定年月日		平 年 月 日			

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	本店	フリガナ					
	信金	支店	名義人					
	信組 農協	出張所						
預金種目	普通・当座	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。

&lt;富谷市処理欄&gt;

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	【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)】

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	
社会保険料等控除相当額	円	円	
雜損控除額	円	円	
(B) 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