

子ども医療費受給資格(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 太郎

保 護 者	フリガナ	トミヤ タロウ						男・女	生 年 月 日	昭・平	1 年 2 月 3 日	対象者 との 続 柄	父	
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ												
	個 人 番 号	4455 6677 8899												
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ						電 話 番 号	022-358-0516					
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・ 金	3 年 4 月 1 日				
	記号・番号	0	1	0	4	0	0							1
対 象 者	フリガナ	トミヤ ハナコ						男・女	生 年 月 日	平・ 金	2 年 3 月 4 日			
	氏 名	富 谷 花 子							医療保険認定年月日	平・ 金	3 年 4 月 1 日			
	個 人 番 号	1234 5678 9123						男・女	生 年 月 日	平・ 金	5 年 6 月 7 日			
	フリガナ	トミヤ カズオ							医療保険認定年月日	平・ 金	5 年 6 月 7 日			
	氏 名	富 谷 一 男						男・女	生 年 月 日	平・ 令	年 月 日			
	個 人 番 号	9876 5432 1987							医療保険認定年月日	平・ 令	年 月 日			
	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	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 タロウ								
					名 義 人	富 谷 太 郎								
預 金 種 目		普 通 ・ 当 座		口座番号	5	6	7	8	1	2	3			

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 富 谷 太 郎  
署 名 富 谷 美 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	・ ・	・ ・	・ ・			