

様式第1号(第3条関係)

※処理事項	県補助金	適・否					
	附加給付	有・無	受給者番号				

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						
	個人番号						
住所				電話番号	— —		

加入医療保険	保険者名称及び番号															
	被保険者氏名(世帯主名)				資格取得日	平・令	年	月	日							

対象者	フリガナ		男・女	生年月日	平・令 年 月 日	個人番号	
	氏名						
	フリガナ		男・女	生年月日	平・令 年 月 日	個人番号	
	氏名						
フリガナ		男・女	生年月日	平・令 年 月 日	個人番号		
氏名							

上記の者の子ども医療費助成について、下記口座へ振込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	本店 支店 出張所	フリガナ											
	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) 1 ※欄は記入する必要はありません。

2 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。

※受付	本・東・丘・あ・日・成	受付年月日	・ ・	台帳処理	・ ・	交付年月日	・ ・
-----	-------------	-------	-----	------	-----	-------	-----

〈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	
(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	