

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				
申請者		住 所		
		氏 名		

保 護 者	(フリガナ) 氏 名		男・女	生 年 月 日	昭 ・ 平	年 月 日	対 象 者 の 続 柄	
	個人番号							
	住 所			電 話 番 号	—	—		

加 入 健康保険	保険者名称及び番号									
	被 保 険 者 氏 名									

対 象 者	(フリガナ)		男・女	健康保険の 認定年月日	・	・
	氏 名 (生年月日)	(平・令 ・)				
	(フリガナ)		男・女	健康保険の 認定年月日	・	・
	氏 名 (生年月日)	(平・令 ・)				
	(フリガナ)		男・女	健康保険の 認定年月日	・	・
	氏 名 (生年月日)	(平・令 ・)				

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 金庫 農協		本店 支店	フリガナ							
				名義人							
	預金種目	普通・当座		口座番 座号							

富谷市子ども医療費の助成に関する条例施行規則第9条の規定により、申請に必要な事項を公簿等によって確認することにつき同意するとともに、以後の更新時において自動更新を依頼します。

(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。

令和 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) ー	＝ 円	