

母子・父子家庭医療費受給資格(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

電 話

— — —

区分	氏 名		性 別	生 年 月 日			続 柄	同居別居	
受給者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (個人番号)		男 ・ 女	昭 平	年	月	日		同・別
児童			男 ・ 女	平 令	年	月	日		同・別
	<input type="checkbox"/> (個人番号)		男 ・ 女	平 令	年	月	日		同・別
			男 ・ 女	平 令	年	月	日		同・別
	<input type="checkbox"/> (個人番号)		男 ・ 女	平 令	年	月	日		同・別
母子・父子家庭となった原因		死亡・離婚・生死不明・遺棄・海外・障害・拘禁・未婚・父母のない児童							
児童扶養手当の支給の有無		有	・	無	・	申請中	証書番号	城児第 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"/> 受給者と同じ		
上記の者の母子・父子家庭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。									
振込希望金融機関名	銀行	本店	フリガナ						
	信金 信組 農協	支店 出張所	名義人						
預金種目	普通・当座	口座番号							

母子・父子家庭医療費助成の登録、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。

申請者署名

扶養義務者署名

〃

(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	受給資格適否		適・否	(否の理由)	<input type="checkbox"/> 所得制限 (<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 扶養義務者) <input type="checkbox"/> その他 ()		
	附加給付	受給者番号	受付場所	受付年月日	台帳処理	交付年月日	
	有・無		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(母子・父子家庭医療費助成)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)〉

		本人	扶養義務者	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