

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
	(個人番号)	男・女	平・令      年      月      日		同・別
児 童	(個人番号)	男・女	平・令      年      月      日		同・別
	(個人番号)	男・女	平・令      年      月      日		同・別
	(個人番号)	男・女	平・令      年      月      日		同・別
	(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 日

平・令      年      月      日

記 号 ・ 番 号

被保険者氏名(世帯主名)

☐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      支 店      名 義 人

信組      出張所

農協

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	<p>【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)】</p>

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) ー	＝ 円	