

様式第1号（第4条関係）

| | | | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------|--------------|--------|-------------|---------|
| 処理 事項 | 受給資格適否 | 適 ・ 否 | | (否の理由) | | |
| | 受給者番号 | | 交付年月日 | 令和 | 年 | 月 日 |
| <p>母子・父子家庭医療費助成受給資格登録申請書</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大崎市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(電話 _____)</p> <p>次のとおり、母子・父子家庭医療費受給資格の登録を申請します。なお、受給資格登録及び助成金額算定のために、私、世帯員及び扶養義務者の公簿等を確認することに同意します。</p> | | | | | | |
| 区分 | 氏名 | 個人番号 | 続柄 | 生年月日 | 同居・別居 の別 | 勤務先又は学校 |
| 申請者 | | | 本人 | ・ ・ | 同・別 | |
| 児童 | | | | ・ ・ | 同・別 | |
| | | | | ・ ・ | 同・別 | |
| | | | | ・ ・ | 同・別 | |
| | | | | ・ ・ | 同・別 | |
| 扶養義務者 | | | | ・ ・ | 同・別 | |
| | | | | ・ ・ | 同・別 | |
| | | | | ・ ・ | 同・別 | |
| 母子・父子家庭 となった原因 | 死亡・離婚・遺棄・生死不明・海外・障害・拘禁・未婚・父母のいない児童・DV | | | | | |
| 児童扶養手当 の受給 | 有・無 | 証書番号 | 第 号 | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者氏名 | | 記号番号 | | | |
| | 保険者種別 | 協会・国保・組合・共済・船員 | | | | |
| | 保険者番号 | | 保険者名称 | | | |
| 振込希望 金融機関 | 金融機関名 | 銀行 本店 農協 支店 | | | | |
| | 口座番号 | 普通・当座 | フリガナ 口座名義 | | | |

注1 所得状況について、公簿等で確認できない場合は、所得証明書等の添付書類を求める場合があります。

注2 医療費を助成後に付加給付等が判明した場合、その額は返還になります。