

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>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>(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。