

様式第1号(第7条関係)

※ 処理事項	受給資格適否	適・否	(否の理由)				
	受給者番号		附加給付	有・無	備考欄		
母子父子家庭医療費受給資格登録(更新)申請書							
令和 年 月 日							
東松島市長 様							
母子父子家庭医療費の助成を受けたいので、扶養児童が18歳到達年度末までの期間の資格登録の申請を、必要書類を添えて行います。 また、資格の登録、更新に必要な公簿(住民基本台帳・課税台帳等)を東松島市の関係職員が閲覧することに同意し、助成対象期間が終了するまで自動更新を希望します。 (同意しない場合、前にあげた文を二重線で消してください。その場合、別途税証明等の添付が必要になります。)							
申請者 _____ 印							
(受給者との続柄 本人・その他())							
受給者	(フリガナ)			生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	氏名			電話番号	()		
	個人番号	-	-				
	住所	東松島市					
	職業			勤務先			
児童	氏名 (苗字省略可)	個人番号	受給者との続柄 (未記入可)	生年月日	学校又は施設名 (略称可)	学年	備考
		-	-	子() 平成・令和 年 月 日		年生	
		-	-	子() 平成・令和 年 月 日		年生	
		-	-	子() 平成・令和 年 月 日		年生	
		-	-	子() 平成・令和 年 月 日		年生	
		-	-	子() 平成・令和 年 月 日		年生	
		-	-	子() 平成・令和 年 月 日		年生	
母子・父子家庭となった原因		死亡・離婚・未婚・生死不明・遺棄・海外・障がい・拘禁・父母のない児童					
保険区分	受給者の保険区分	別添写しのとおり					
	健康保険	保険者番号			保険者名称		
		被保険者氏名(受給者と別の場合記入)					
振込口座	上記の者の母子父子家庭医療費助成について下記の口座へ振り込まれることを承諾します。						
	金融機関名及び支店名		口座種別	口座名義人(※カタカナで記入)	口座番号		
	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	普通・当座 貯蓄・その他				
児童扶養手当受給の有無		有・無・申請中	証書番号		第	号	