

## 障害者用記入例

### 医療福祉費受給者証 交付申請確認書

※ 太枠内をご記入ください。

|                              |   |  |                             |   |                    |       |      |    |    |   |   |   |
|------------------------------|---|--|-----------------------------|---|--------------------|-------|------|----|----|---|---|---|
| 受給者<br>記号番                   | 本人のお名前をご記入ください。   |  |                             | 受給者証<br>有効期間                              | 年 月 日から<br>年 月 日まで |       |      |    |    |   |   |   |
| 受給者<br>氏名                    | 土浦 きらら  |  |                             | ※妊産婦マル福を申請される方はご記入ください。<br>母子手帳交付日： 年 月 日 |                    |       |      |    |    |   |   |   |
| 生年月日                         | S25 年 3 月 3 日   |  |                             | 出産予定日： 年 月 日                              |                    |       |      |    |    |   |   |   |
| 住所                           | 土浦市 大和町9番1号   |  |                             |   |                    |       |      |    |    |   |   |   |
| 1月1日現在の<br>住民登録のあつ<br>た市区町村名 | <p>マル福の発行には、所得制限があるため、1月1日現在の住所地で所得の確認しています。<br/>住民登録のあった市区町村名をご記入ください。<br/>小児の場合は誕生日、妊産婦・ひとり親家庭・重度心身障害の場合は申請日が基準です。<br/>【基準日4月2日～6月30日：前年度のため前年、7月1日～4月1日：今年度のため今年】</p> <p>例：令和3年の場合<br/>4月2日～6月30日は令和2年、7月1日～12月31日は令和3年、1月1日～4月1日は令和3年</p> |  |                             |   |                    |       |      |    |    |   |   |   |
| 令和 年                         | 申請者（受給者・父・<br>母・扶養義務者）  | （住所と異なる場合に記入してください）                    |                             |   |                    |       |      |    |    |   |   |   |
|                              | 申請者以外の父・母・扶養<br>義務者・配偶者（未届け含<br>む）  | （住所と異なる場合に記入してください）                    |                             |   |                    |       |      |    |    |   |   |   |
| 電話                           | 自宅・本人・<br>父・母・子<br>その他（ ）   | 090（1234）5678                          |                             |   |                    |       |      |    |    |   |   |   |
| 振込口座                         | 金融機関コード   | 1                                      | 2                           | 3   | 4                  | 支店コード | 5    | 6  | 7  |   |   |   |
|                              |   | 土浦                                     | 銀行                          |   | 信用金庫               | 信用組合  | 協同組合 | 本店 | 支店 |   |   |   |
|                              | 預金種目  | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号                                      |                    | 0     | 9    | 8  | 7  | 6 | 5 | 4 |
|                              | 口座名義人   | フリガナ                                   | ツチウラ キララ<br>土浦 きらら          |   |                    |       |      |    |    |   |   |   |

※下記は担当課使用欄

|                  |           |   |     |
|------------------|-----------|---|-----|
| 別居の配偶者<br>・扶養義務者 | 続柄        | 本人名義の口座をご記入ください。<br>※未成年の場合は保護者名義の口座を<br>ご記入ください。 |     |
|                  | 氏名        | フリガナ  |     |
|                  | 生年月日      | 年   | 月 日 |
|                  | 住所        |   |     |
|                  | 宛先番号（住登外） |   |     |
|                  | 宛名番号（住基）  |   |     |

【お問い合わせ先】土浦市役所国保年金課 医療福祉係

〒300-8686 土浦市大和町9-1 TEL：029（826）1111内線2316，2406