

## 医療福祉費受給者証 交付申請確認書（小児転入用）

※ 太枠内をご記入ください。

受給者証 記号番号		受給者証 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
受給者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	土浦市		
1月1日現在の 住民登録のあつ た市区町村名	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。 住民登録のあった市区町村名をご記入ください。 お子様の誕生日によって確認する所得年度が異なります。 1月1日～6月30日生まれ：前々年・前年、7月1日～12月31日生まれ：前年・今年		
	令和 年	申請者（受給者・父・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・扶養義務者	（住所と異なる場合に記入してください）
	令和 年	申請者（受給者・父・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・扶養義務者	（住所と異なる場合に記入してください）
電 話	自宅・本人・父・母・子 その他（ ）	（ ）	
振込口座	金融機関コード	支店コード	
	銀 行 信用金庫 信用組合 協同組合		本 店  支 店
	預金種目	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 当 座	口座番号
	口座名義人	フリガナ	

※下記は担当課使用欄

別居の配偶者 ・扶養義務者	続 柄	父 母 夫（未届含） その他（ ）
	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