

## 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	※妊産婦マル福を申請される方はご記入ください。 母子手帳交付日 : 年 月 日		
生年月日	年 月 日	出産予定日 : 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。 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。 【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】 例：令和3年の場合 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		
	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・配偶者（未届け含む）	（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	

ひとり親家庭マル福を申請される方は、下記にチェック及び記入をお願いします。

状 況	<input type="checkbox"/> 離婚日等	: 令和 年 月 日 / 転入前・シングル・死別
	<input type="checkbox"/> 住所地に元配偶者等の異性の有無	: 有・無・親族のみ・無関係者 ※有の場合は申請ができません。
	<input type="checkbox"/> 元配偶者と住所を分けた日(転居日)	: 令和 年 月 日 / 該当無
保 険	<input type="checkbox"/> 子の保険証の変更	: 済・未・不要 ※被扶養者が元配偶者の場合は申請ができません。
	<input type="checkbox"/> 保険変更後の扶養開始日	: 令和 年 月 日 / 変更無

【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