

1

太枠内をご記入ください

マル福 申請確認書

-医療福祉費支給制度-

受給者 氏名							※妊娠婦マル福申請者のみ記入					
生年月日	S H R	年	月	日	母子手帳交付日 令和 年 月 日							
住所	土浦市											
電話	自宅・本人・父・母・子・ その他 ()	()										
振込口座 (償還払い用)	金融機関コード							支店コード				
	銀行 信用金庫						本店					
	信用組合			協同組合			支店					
	預金種目	普通	当座	口座番号								
口座名義人	(カタカナ)											

以下の項目は、該当者のみご記入ください

【該当者のみ】直近3ヵ年中の1月1日時点に土浦市外に住民登録があった方は記入してください。
所得確認のため、[④同意書の記載] または [交付状況証明書・所得証明書の提出] が必要です。

該当者	年月日	住民登録があった市区町村名		
受給者・父・母・扶養義務者	令和 年 1月 1日			
受給者・父・母・扶養義務者	令和 年 1月 1日			
受給者・父・母・扶養義務者	令和 年 1月 1日			

【該当者のみ】別住所の配偶者(未届含む)・扶養義務者がいる方は記入してください。

別住所の 配偶者・ 扶養義務者	氏名	フリガナ		
	続柄	父 母 夫(未届含む) その他 ()	生年月日	S H 年 月 日
	住所			
	宛名番号(※担当課記載)			

【重度心身障害者マル福申請者のみ記入】

主たる生計維持者に関する確認事項 ※事実と異なる場合、マル福の認定を取り消すことがあります。

以下の内容について、事実と相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日 申立者氏名

主たる生計維持者 (いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他の親族(配偶者・扶養義務者)	
	氏名 _____		
	続柄 _____	税法上の扶養控除の有無	有 • 無
	住所(※本人と別住所の場合) _____		

申立 ※主たる生計維持者が[本人]かつ同居・同一住所の親族に所得がある場合に記入してください。

(例: 本人の収入で生計(施設入所費用など)を維持しています。)

[担当課使用欄] 不足書類 ○通知書 手渡し・郵便(/) ○電話(/)

保険情報	口座	委任状	申請書	同意書	ひとり親調書	戸籍謄本	その他()
所得証明(本人・夫・父・母・その他())				障害手帳(身体手帳 療育手帳 精神手帳 年金証書)			

【問合せ】 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