

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					※妊産婦マル福申請者のみ記入							
					母子手帳交付日		令和	年	月	日		
生年月日	S H R		年	月	日	出産予定日		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日時点で <u>土浦市外</u> 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) 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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						