

1

記 入 例

マル福 申請確認書

-医療福祉費支給制度-

受給者 氏名	土浦 きらら			※妊娠産婦マル福申請者のみ記入				
生年月日	S H R 3 年 4 月 5 日			母子手帳交付日 令和 年 月 日				
住所	土浦市 大和町9番1号			出産予定日 令和 年 月 日				
電話	自宅 本人・父・母・子・ その他 ()	029 (123) 4567			支店コード 5 6 7			
振込口座 (償還払い用)	金融機関コード 土 浦		1 2 3 4	支店コード つちうら	本店			
	銀 行 信用組合	信 用 金 庫 協 同 組 合	5 6 7		支 店			
	預金種目 普通	当 座	口座番号 1 2 3 4 5 6 7					
	口座名義人 (カタカナ)	ツチウラ タロウ						

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 7 年 1月 1日	水 戸 市
受給者・父・母・扶養義務者	直近3ヵ年中の1月1日時点に <u>土浦市外</u> に住民登録があった方のみ記入	
受給者・父・母・扶養義務者	※該当しない方は、記載不要	

【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	別住所に配偶者・扶養義務者(父・母など)がいる方のみ記入 ※該当しない方は、記載不要
	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

小児・妊娠産婦・ひとり親の方は
記載不要

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 (い)	主に生計を維持している方 [本人] … 本人に <input checked="" type="checkbox"/> [本人以外] … その他の親族に <input checked="" type="checkbox"/> し、生計維持者の氏名等を記載	
	※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]場合は、 申立欄を記入してください。	

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