ひとり親医療費の**受給資格なし（振込口座の記入要）**

遺児卒業祝金　受給申請書（兼同意書）

※３月中の日付でなければ受付できません。

（あて先）八戸市長

記入例

申　請　日　令和　６　年　３　月　１　日

住　　所**八戸市内丸1-1-1　内丸アパート101**

保護者氏名　**八戸　花子**

電 話 番 号　**090-1234-5678**

次のとおり遺児卒業祝金の受給を申請します。

対象児童	氏名	続柄	生年月日	学校名	
	八戸　太郎	**長男**	平成 **２０** 年 **４** 月 **２** 日	**八戸**	中学校卒業
			平成　年　月　日		中学校卒業
			平成　年　月　日		中学校卒業

※振込先は保護者名義の口座に限ります。

支払金融機関													
	振込口座	金融機関名	**八　戸**　銀行・信用金庫・農協										
			市　庁　支店・本店・出張所										
		店　番	**1**	**1**	**1**	口座番号	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

受給資格の確認のため、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

保護者氏名（署名）　**八戸　花子**

＜データ処理欄＞※以下は記入しないでください。

確認書類	□ひとり親家庭等医療費受給資格証 □児童扶養手当証書 □遺族年金証書　□世帯画面 □戸籍謄本　□その他（　　）	ひとり親家庭等医療費資格証番号	第　　号
		卒業祝金申請額	10,000円 ×　　名