

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）

（あて先）八戸市長

※3月中の日付でなければ受付できません。

申請日 令和 7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

記入例

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 21 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
			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	
			八戸市庁		支店・本店・出張所	
			1	1	1	2 3 4 5 6 7
			店番	口座番号		

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