

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

年 月 日

伊仙町長殿

申請者 住 所

氏 名 ㊟

伊仙町子ども医療費助成金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。
 なお、伊仙町子ども医療費助成金受給資格登録や助成金決定に当たり、私及び私の世帯員の個人市（町村）・
 県民税の税務資料等を閲覧することに同意します。

また、子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記の子どもの受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金鹿児島支部に送付することに同意します。

| | | | | | | |
|--|------------------|----------------|---------------|-----------------|-------|--|
| 子 ど も | 氏 名 | 生年月日 | 住 所 | 性 別 | | |
| | 1 | . . | | 男・女 | | |
| | 2 | . . | | 男・女 | | |
| | 3 | . . | | 男・女 | | |
| | 4 | . . | | 男・女 | | |
| | 5 | . . | | 男・女 | | |
| 保 護 者 | 氏名 | | 電 話 | | | |
| | 住所 | | 児童手当 受給の有無 | 有 ・ 無 | | |
| 子 ど も に 係 る 医 療 保 険 | 保 険 の 種 類 | 政 組 日 船 共 国 協 | | | | |
| | 被 保 険 者 証 | 記 号 | | 番 号 | | |
| | 被 保 険 者 | 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | | 生 年 月 日 | | 子どもとの 続柄 | | |
| | | 住 所 | | | | |
| 資格取得年月日 | | | | | | |
| 保 険 者 | 所 在 地 | | | | | |
| | 名 称 | | | | | |
| | 附 加 給 付 有 無 | 有 無 | 給 付 割 合 | | | |
| 受 領 希 望 機 関 | 名 称 | 銀行・信金 信組・農協 | | 預 金 種 別 | | |
| | | | | 口 座 番 号 | | |
| | | 支店 支所 | | 口座名義人 (フリガナ) | | |
| （該当があればチェックを入れてください） 市町村民税非課税世帯と確認された場合、医療機関等の窓口での支払がなくなる 「子ども医療給付受給資格者証」の交付を <input type="checkbox"/> 希望しない | | | | | | |

注 記名押印に代えて署名することができます。

(この欄は記入しないでください)

| 受 付 確 認 年 月 日 | | 受 給 資 格 者 証 番 号 | | 認 定 交 付 年 月 日 | |
|---------------|---|-----------------|------------|---------------|-----|
| 受 付 | | | | 認 定 | |
| 確 認 | | | | 交 付 | |
| 有 効 期 限 | | 変 更 | | 喪 失 | |
| 1 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |
| 2 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |
| 3 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |
| 4 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |
| 5 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |
| 6 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |
| 7 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |
| 8 | 自 | 年 月 日 | 事 項 | | 事 項 |
| | 至 | 年 月 日 | 届 出 年月日 | | 時 期 |