

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

垂水市長 殿

申請者 住 所

氏 名

印

垂水市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、垂水市子ども医療費助成金受給資格者登録に当たり、私及び私の世帯員の個人市・県民税の税務資料等  
 (個人番号を利用した市町村間情報連携を含む。)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	監 護 者 との続柄	医療保険取得 年月日	
	1	・ ・		男・女		・ ・	
	2	・ ・		男・女		・ ・	
	3	・ ・		男・女		・ ・	
	4	・ ・		男・女		・ ・	
	5	・ ・		男・女		・ ・	
監護者	氏名	住所	電話				
世 帯 員	氏 名	監 護 者 との続柄	本年又は前年1月1日時点 の住所(垂水市以外に住所が あった場合に記入)	個人番号(本年又は前年1月1日 時点で垂水市以外に住所があつた 場合に記入)			
	1	本人					
	2						
	3						
	4						
子 ども に 係 る 医 療 保 険	保 険 の 種 類		政 組 日 船 共 国				
	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					
保 険 者	保 険 者 番 号		名 称				
	附 加 給 付 有 無		有 ・ 無	給 付 割 合			
支 金 払 融 希 望 機 関	(該当があればチェックを入れてください) <input type="checkbox"/> 登録済みの子どもと同じ口座とする						
	名 称	銀行・信金 信組・農協		預 金 種 別	普 ・ 当		
				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いがなくなる 「子ども医療給付受給資格者証」の交付を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない							
※ お い て 記 入 欄 は 市 に	決 裁	所長	次長	係長	係	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日
						開 始	年 月 日

注 記名押印に代えて署名することができます。