

(表面)

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

年 月 日

西之表市長 様

申請者 住所
氏名

印

西之表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、西之表市子ども医療費助成金受給資格登録又は助成金の決定に当たり、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	
	1	・	・	男・女		
	2	・	・	男・女		
	3	・	・	男・女		
	4	・	・	男・女		
	5	・	・	男・女		
監護者	氏名	住所	電話			
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				
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		
支 払 希 望 金 融 機 関	名	銀行・信金 信組・農協		預 金 種 別		
				口 座 番 号		
	称	支店 支所		口 座 名 義 人 (フリガナ)		

注 記名押印に代えて署名することができます。

(裏面)

(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	歯 年月日	届出	時期	
		医 年月日	年月日		
2	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出	時期	
		医 年月日	年月日		
3	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出	時期	
		医 年月日	年月日		
4	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出	時期	
		医 年月日	年月日		
5	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出	時期	
		医 年月日	年月日		