

子ども医療費給付受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 田中 良二 様

申請者 氏 名
(保護者等)

薩摩川内市子ども医療費給付の受給資格者の登録を申請します。
なお、この登録や給付の決定に当たり、市長が私の世帯の住民基本台帳、市町村民税の課税状況に係る税務資料、健康保険の加入状況の公簿等を閲覧することに同意します。
また、子ども医療費給付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が医療機関等から審査集計機関へ提供されることに同意します。

子 ども	個 人 番 号													生年月日	平成・令和	年	月	日	
	フリガナ																		
	氏 名																		
対 象 者 ※給付を受けようとする者 (保護者等)	個 人 番 号													生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	フリガナ													続 柄	父 ・ 母 ・ ()				
	氏 名													電話番号	— —				
	住 所	薩摩川内市																	
加 入 医 療 保 険	(記号)		(番号)																
	被 保 険 者 等	☐ 対象者に同じ ※ ☐ にチェックした場合は、被保険者等の欄に記入する必要はありません。																	
		個 人 番 号													生年月日	昭和・平成	年	月	日
		フリガナ																	
		氏 名													続 柄	父 ・ 母 ・ ()			
	住 所	現 在：薩摩川内市 1 月 1 日 時点： 前年1月1日時点： (1月から7月の間に転入の場合)																	
	子 ども の 資 格 取 得 年 月 日		平成・令和 年 月 日																
保 険 者	番 号																		
	名 称																		
振 込 先 金 融 機 関	※登録済の子どもがいる場合は、記入する必要はありません。																		
	名 称	銀行 金庫 農協										支 店 出張所 支 所		預 金 種 別	普通・当座				
	口 座 名 義 人													口 座 番 号					

(これから下は記入しないでください。)

世帯員の市町村民税の課税の有無	当該年度（8月～3月申請）	前年度（4月～7月申請）
	有 ・ 無	有 ・ 無
交 付 事 由	出 生 ・ 転 入 ・ その他 ()	
有 効 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	
受 給 資 格 番 号		