

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

大崎町長 殿

申請者 住所 大崎町 番地
(保護者) 氏名

大崎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、大崎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町・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		申請者との続柄	
	1		平成・令和	・	大崎町	番地		
	2		平成・令和	・	大崎町	番地		
	3		平成・令和	・	大崎町	番地		
	4		平成・令和	・	大崎町	番地		
	5		平成・令和	・	大崎町	番地		
保護者	氏名		住所	大崎町	電話番号 (自宅・携帯)	()		
子どもに係る医療保険	保険の種類		協・組・日・船・共・国					
	被保険者証		記号		番号			
	被保険者	氏名						
		生年月日		昭和・平成	年	月	日	子どもとの続柄 父・母・祖父・祖母 その他()
		住所		大崎町				
資格取得年月日		昭和・平成・令和	年	月	日			
保険者	所在地							
	名称					保険者番号		
	附加給付有無		有・無	給付割合				
支金払融希機望関	名称	銀行・信金 信組・農協		預金種別	当座・普通			
				口座番号				
		支店支所		名義人 カナ氏名				
(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 「子ども医療費助成金受給資格者証(現物給付)」の交付を <input type="checkbox"/> 希望しない								

処理欄

	受給者番号	有効期限
1		令和 年 月 日～令和 年 月 日
2		令和 年 月 日～令和 年 月 日
3		令和 年 月 日～令和 年 月 日
4		令和 年 月 日～令和 年 月 日
5		令和 年 月 日～令和 年 月 日
受付確認年月日		令和 年 月 日
認定交付年月日		令和 年 月 日

決裁欄			
課長	課長補佐	係長	係

大 梓 の 中 を 記 入 し て く だ さ い 。