

※記入例

第1号様式(第3条関係)

(表)

子ども医療費給付受給資格者登録申請書

令和 6 年 7 月 1 日

いちき串木野市長 様

申請者 住所 いちき串木野市 昭和通133 番地 1

電話番号 0996 (32) 3111

氏名 山田 太郎

いちき串木野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、いちき串木野市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・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		監 護 者 との 続 柄		受 給 資 格 者 証 番 号		
	山田 花子 (個人番号0000 0000 0000)		平成20年 5 月 5 日		いちき串木野市昭和通133番地1		子				
	山田 一郎 (個人番号0000 0000 0000)		平成22年 8 月 8 日		"		子				
	(個人番号)		年 月 日								
	(個人番号)		年 月 日								
	(個人番号)		年 月 日								
監 護 者	山田 太郎		S 50 年 1 月 1 日		いちき串木野市昭和通133番地1		電 話		0996 (32) 3111		
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		12345678		番 号		100		
	被	氏 名	山田 太郎								
	保	生 年 月 日	S 50, 1, 1					乳幼児 との続柄		父	
	険	住 所	いちき串木野市昭和通133番地1								
者	資格取得年月日	H 10, 10, 10									
保 険 者	所 在 地		鹿児島市山之口町1-10 鹿児島中央ビル6階								
	名 称		全国健康保険協会 鹿児島支部								
	付 加 給 付		有 ・ 無		給付割合						
支 払 希 望 金 融 機 関	名 称	鹿児島		銀 信金 信組・農協		預金種別		普通			
						口座番号		1234567			
		串木野		支 支所		(フリガナ) 口座名義人		ヤマダ タロウ 山田 太郎			

注) 記名押印に代えて署名することができます。

