

## 子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

平成 26 年 10 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  
(公民館 昭和通 )  
電話番号 0996 ( 32 ) 3111

氏名 山田 太郎 印

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	性別	監護者との続柄	受給資格者証番号
	山田 花子	平成20年 5 月 5 日	いちき串木野市昭和通133番地1	男(女)	子	
	山田 一郎	平成22年 8 月 8 日	〃	(男)女	子	
		年 月 日		男・女		
		年 月 日		男・女		
		年 月 日		男・女		
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
	被保険者	氏名	山田 太郎		性別	(男) ・ 女
		生年月日	S 50, 1, 1		乳幼児との続柄	父
		住所	いちき串木野市昭和通133番地1			
資格取得年月日		H 10, 10, 10				
保険者	所在地	鹿児島市加治屋町18-8				
	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	銀行・信金 信組・農協	預金種別	普通	
		串木野	(支店) 支所	(フリガナ) 口座番号	ヤマダ タロウ 1234567	
				口座名義人	山田 太郎	

注) 記名押印に代えて署名することができます。