

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

始良市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号 — —

始良市子ども医療費助成金受給資格者の登録について、次のとおり申請します。

なお、資格者登録や助成金決定にあたり、私及び私の世帯員の地方税関係情報、その他助成金の支給に関し必要な情報を公簿等（個人番号を利用した市町村間情報連携を含む。）により確認することに同意します。

また、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及び社会保険診療報酬支払基金に送付することに同意します。

氏 名	続柄	受給資格者 助成対象子ども	個人番号	本年又は前年1月1 日時点の住所	取得事由	事由発生日
		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 助成対象子ども			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> その他（ ）	. .
		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 助成対象子ども			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> その他（ ）	. .
		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 助成対象子ども			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> その他（ ）	. .
		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 助成対象子ども			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> その他（ ）	. .
		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 助成対象子ども			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> その他（ ）	. .
		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 助成対象子ども			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> その他（ ）	. .
		<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 助成対象子ども			<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入（県内・県外） <input type="checkbox"/> その他（ ）	. .

医療 保 険 （ 助 成 対 象 子 ど も ）	名称	振 込 先 口 座	金融機関名
	番号		金融機関番号
	記号・番号		支店名 支店番号
	被保険者氏名		預金種別 普通・当座・預金・その他（ ）
	認定年月日 年 月 日		口座番号 口座名義人

【処理欄】※市記入欄

確認書類	<input type="checkbox"/> 助成対象子どもの資格確認書等確認済 <input type="checkbox"/> 受給資格者（保護者）名義の口座情報確認済 <input type="checkbox"/> その他（ ）	世帯課税	<input type="checkbox"/> 課 税 <input type="checkbox"/> 非課税
------	--	------	---