様式第１号（第４条関係）

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

年　　月　　日

　姶良市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　－　　　－

　姶良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。

|  |  |
| --- | --- |
| 助成対象者（保護者） | □　申請者に同じ　　　住　所　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　電話番号　　　－　　　－　　　私は、子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な次の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。 |
| 子ども | 氏　　　　　名 | 生年月日 | 性　別 | 助成対象者との続柄 | 個人番号 |
| １ |  |  | 男 ・ 女 |  |  |
| ２ |  |  | 男 ・ 女 |  |  |
| ３ |  |  | 男 ・ 女 |  |  |
| ４ |  |  | 男 ・ 女 |  |  |
| ５ |  |  | 男 ・ 女 |  |  |
| 世帯員 | 同　　意　　書私は、姶良市子ども医療費助成金受給資格者登録や助成金決定にあたり、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。 |
| 氏　　　　　名 | 助成対象者との続柄 | 本年又は前年１月１日時点の住所 | 個人番号 |
| １ |  | 本人(保護者) |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| （取得事由）□ 出生　　□ 県内からの転入（転入元　　　　　　　　）　　□ 県外からの転入（転入日　　・　・　）□ ひとり親家庭等医療費助成資格喪失（喪失日　　・　・　）□ ひとり親家庭等医療費助成所得超過（停止日　　・　・　）□ 生活保護廃止（廃止日　　・　・　）　　□ 施設退所（退所日　　・　・　）□ 子ども医療費（現物給付）申請（重度心身障害者医療・ひとり親家庭等医療）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 子ども医療（現物給付）希望確認欄 | （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、医療機関などの窓口で自己負担の支払いがなくなる「子ども医療費助成金受給資格者証（現物給付）」の交付を | □ 希望する□ 希望しない |

備考 記名押印にかえて、署名することができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 世帯課税判定区分 | □ 課　税　　□ 非課税 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※市記入欄

● 医療保険情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険者 | 名称 | 別紙保険証写しのとおり | 被保険者氏名 |  |
| 番号 |  |
| 記　号 |  | 番　号 |  | 認定年月日 |  |

● 振込先口座情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 別紙口座情報写しのとおり | 銀　行金　庫農　協 | 支店名 |  | 支　店出張所支　所 |
| 預金種別 | 普通・貯蓄 | 口座番号 |  | （フリガナ）口座名義人 |  |

【処理欄】 ※ 市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類確　　認 | □ 対象となる子どもの保険証（写し）□ 助成対象者（保護者）名義の通帳（写し）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 | 有効期間 |
| 自 | 至 |
| １ | 償 還 払 |  |  |  |
| 現物給付 |  |  |  |
| ２ | 償 還 払 |  |  |  |
| 現物給付 |  |  |  |
| ３ | 償 還 払 |  |  |  |
| 現物給付 |  |  |  |
| ４ | 償 還 払 |  |  |  |
| 現物給付 |  |  |  |
| ５ | 償 還 払 |  |  |  |
| 現物給付 |  |  |  |