

申請受付年月日	課長	係長	係	処 理 欄	
				交付年月日	□窓口 □郵送
				R . .	

第1号様式（第2条関係）

子ども医療費給付受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

さつま町長 上野 俊市 様

申請者 (監護者)	住所	個人番号																		
	氏名	連絡先																		

さつま町子ども医療費給付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、さつま町子ども医療費給付受給資格登録又は給付金決定に当たり、私及び私の世帯員の個人町民税の税務資料等を閲覧することに同意します。

また、子ども医療費給付金の支給のために必要な下記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	(フリガナ)	個人番号	生年月日	性別	申請者との続柄																		
1	()																				. .	男・女	
2	()																				. .	男・女	
3	()																				. .	男・女	
4	()																				. .	男・女	
5	()																				. .	男・女	

◆ 取得事由（あてはまるものに○をつけてください。）			
1 出生	2 町外からの転入	3 県外からの転入	4 施設退所
5 生保廃止	6 ひとり親等助成喪失	7 ひとり親等所得超過	8 その他

◆ 加入医療保険情報（保険証の写しの提出がある方は記入不要です。）			
被保険者証	記号	番号	
被保険者氏名（フリガナ）	()		
子どもとの続柄	資格取得年月日	年	月 日
保険者番号	保険者名称		

◆ 振込先口座情報（資格登録済みの子どもがいる方、通帳の写しの提出がある方は記入不要です。）			
金融機関名	支店名等		
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人（フリガナ）	()		

注1 ※受給資格者と申請者及び監護者は一致すること。 □ 加入医療保険・振込先口座は上の子どもと同じ。