

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書							
平成 年 月 日							
薩摩川内市長 様							
住 所 薩摩川内市							
申請者							
氏 名 _____ 印							
薩摩川内市子ども医療費助成金の受給資格者の登録を申請します。 また、この登録や助成金の決定に当たり、私の市県民税に係る税務資料等が閲覧されることに同意します。							
なお、子ども医療費助成金の支給を受ける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審査集計機関に提供することに同意します。							
受給資格者 (子ども)	個人番号				保護者 との続柄	子 ・ ()	
	(フリガナ) 氏 名						
	生年月日	平成	年	月	日	性 別	男 ・ 女
保 護 者	個人番号				電話番号	()	
	氏 名						
	住 所						
加入社会保険等（健康保険証の内容を転記してください。）							
記 号 ・ 番 号	(記号)			(番号)			
被保険者等 <small>※被保険者・本人・組合員・世帯主など</small>	個人番号				受給資格者 との続柄	父 ・ 母 ・ ()	
	氏 名						
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	性 別	男 ・ 女
	住 所						
資格取得（認定）年月日	昭和・平成 年 月 日						
保 険 者 (発行機関)	保険者番号						
	名 称						
	所 在 地						
	付加給付の有無	有 ・ 無		付加給付の内容			
振込先金融機関（資格登録済みの子どもがいる方は記入不要です。）							
振 込 先 金 融 機 関	名 称	銀行	支店	預金種別	普通・当座		
		金庫	出張所				
	口座名義人	農協	支所	口座番号			
世帯員の市町村民税の 課税の有無	当該年度（8月～3月申請）			前年度（4月～7月申請）			
	有 ・ 無			有 ・ 無			
（これから下は記入しないでください。）							
交 付 事 由	出生 ・ 転入（県内・県外） ・ 再発行 ・ その他（ ）						
有 効 期 間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日						
受付確認年月日		受給資格証記号・番号			認定交付年月日		
受 付		記 号		認 定			
確 認		番 号		交 付			