

# 記入例

※太枠内のみ記入してください。

## 子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

平成 28 年 4 月 1 日

薩摩川内市長 様

住 所 薩摩川内市 神田町3番22号

申請者

氏 名 薩摩川内 太郎

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 (フリガナ)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	保護者 との続柄	(子) ・ ( )
	氏名	サツマセンタ <sup>イ</sup> ハナコ 薩摩川内 花子				
	生年月日	平成15年10月16日			性別	(男) ・ 女
保 護 者	個人番号	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	電話番号	0996( 23 ) 5111
	氏名	薩摩川内 太郎				

子どもの保険証の内容を正確に記入してください。  
番22号 (記してください。)

記 号	番 号	(記号) 9 1 2 3 4	(番号) 5 6 7 8						
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	5 6 7 8	5 6 7 8	5 6 7 8	受給資格者 との続柄	(父) ・ 母 ・ ( )			
	氏名	薩摩川内 太郎							
	生年月日	(昭和)	平成57年	4 月 1 日	性別	(男) ・ 女			
	住 所	薩摩川内市神田町3番22号							
資格取得(認定)年月日	昭和(平成)20年4月1日								
保 険 者 (発行機関)	保険者番号	0	1	4	6	0	0	1	3
	名 称	全国健康保険協会 鹿児島支部							
	所在地	鹿児島市神田町18-8							
	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	鹿児島	(銀行) 金庫	川内	(支店) 出張所	預金種別	普通・当座	
	口座名義人	サツマセンタ <sup>イ</sup> タロウ						
	口座番号	0	1	2	3	4	5	6

振込先口座については、金融機関名、支店、口座番号、口座名義人(カタカナで記入)を正確に記入してください。

**(注意)**

申請書を郵送により提出される際は、必ず以下の提出物を添付してください。

- ・ 子どもの健康保険証の写し
- ・ 保護者名義の通帳の写し