

# 子ども医療費助成金等受給資格者登録申請書

3年 11月 8日

伊佐市長 様

申請者 住所 **伊佐市大口里〇〇番地**  
 氏名 **伊佐 太郎**  
 電話番号 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**  
 個人番号 **〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇**

次のとおり、子ども医療費助成金等受給資格の登録を申請します。

なお、受給資格者登録及び助成金等の支給決定に必要な税情報(同一世帯者を含む)の公簿等を伊佐市が閲覧すること及び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保険医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体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		生年月日	住 所		受 給 者 との 続 柄		
	1	<b>伊佐 花子</b> 個人番号: <b>〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇</b>	<b>RO・O・O</b>	<b>伊佐市大口里〇〇番地</b>		<b>子</b>		
	2	個人番号:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">           子どもの氏名・生年月日・住所(申請者と同居なら「同上」で可)をご記載ください。         </div>					
	3	個人番号:						
	4	個人番号:						
子 ど も に 係 る 医 療 保 険	保 険 の 種 類		政 組 日 船 共 国					
	被 保 険 者 証		記 号	<b>国・伊佐</b>	番 号	<b>〇〇〇〇〇〇</b>		
	被 保 険 者	氏 名		<b>伊佐 太郎</b>				
		生 年 月 日		<b>HO・O・OO</b>	子 ども と の 続 柄		<b>父</b>	
		住 所		<b>伊佐市大口里〇〇番地</b>				
個 人 番 号		<b>〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇</b>						
保 険 者	所 在 地		<b>伊佐市大口里1888番地</b>					
	名 称		<b>伊佐市</b>					
	附 加 給 付 有 無		有 無	給 付 割 合				

保険証情報をわかる範囲で記載をお願いします。

(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、保険医療機関等の窓口で支払がなくなる「子ども医療給付受給資格者証」の交付を  希望しない

