

子ども医療費給付受給資格者登録申請書

記入日

年 月 日

伊佐市長 様

申請者 (受給者) 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**

申請者は子を監護している保護者名 (振込先の口座名義者) を記入してください。

※個人番号は伊佐市在住の場合は省略できます。

受給資格の登録を申請します。
給付金の支給決定に必要な税情報 (同一世帯者を含む。) の公簿
子ども医療費給付金の支給を受けるために必要な次の子どもの
情報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。

氏 名	生年月日	住 所	受 給 者 との続柄
1 伊佐 花子 個人番号: 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	RO・〇・〇	伊佐市大口里〇〇番地	子
2 個人番号:			
3 個人番号:			
4 個人番号:			

対象となる子どもの氏名・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。

資格確認書や保険証等の情報の記入をお願いします。
※記入例は国民健康保険の場合です。

保 険 の 種 類	政 組	船 共 国
記 号	国・伊佐	番 号 〇〇〇〇
氏 名	伊佐 太郎	個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
生 年 月 日	S〇年 〇月 〇日	子どもとの続柄 父・母・()
住 所	伊佐市大口里〇〇番地 (住所は、申請者と同居の場合は「同上」可)	
資格取得年月日	年 月 日	附加給付有無 有・無

保 險 者	所 在 地	名 称
	伊佐市大口里1888番地	
	伊佐市	

記入例は、国民健康保険の情報

振 込 先	金 融 機 関 名	預 金 種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人 カ ナ 氏 名
	〇〇銀行	普通・当座		イサ タロウ

振込口座情報をご記載ください。
上に受給資格を持つ、きょうだいがいる場合や、児童手当 (公務員以外) と同じ口座の場合は記入不要です。
その場合は、該当する項目に☑を付けてください。

記入例

(この欄は記入しないでください。)

受付確認年月日	受給資格者証番号	認定交付年月日
	1 第 号	
	2 第 号	
	3 第 号	
	4 第 号	

【申請に必要なもの】

- ①対象の子どもの保険情報がわかるもの (資格確認書、マイナンバーカード等)
- ②保護者の振込口座がわかるもの (通帳・キャッシュカード等)
- ③保護者のマイナンバーがわかるもの (伊佐市に住所がある人は不要)
- ④申請者の本人確認書類 (マイナンバーカード・免許証等)

3	自	年 月 日	事 項	事 項
	至	年 月 日	届 出 年月日	時 期
4	自	年 月 日	事 項	事 項
	至	年 月 日	届 出 年月日	時 期

子ども医療費給付判定	課税世帯	非課税世帯
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
資格取得事由	<input type="checkbox"/> 県内転入・ <input type="checkbox"/> 県外転入 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 (年 月 日)	
他の医療費助成	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費 喪失年月日 (年 月 日)	

本人・配偶者・代理人 (氏名 続柄)
個人番号カード・免許証・その他 () で確認済