**様式第１号（第３条関係）**

**子ども医療費給付受給資格者登録申請書**

**年　　　月　　　日**

**伊佐市長　様**

**申請者（受給者）住　所**

**氏　名**

**電話番号**

**個人番号**

　次のとおり、子ども医療費給付受給資格の登録を申請します。

　なお、受給資格者登録及び給付金の支給決定に必要な税情報（同一世帯者を含む。）の公簿等を伊佐市が閲覧すること及び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**  **個人番号：** | | | | **・　・** |  | | | | | |  |
| **２**  **個人番号：** | | | | **・　・** |  | | | | | |  |
| **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** | **記号** | |  | | | **番号** | |  | | | |
| **氏名** | |  | | | **個人番号** | |  | | | |
| **生年月日** | | **年　　　月　　　日** | | | **子どもとの続柄** | | | **父・母・（　　　）** | | |
| **住所** | |  | | | | | | | | |
| **資格取得年月日** | | | **年　　　月　　　日** | | | **附加給付有無** | | | | **有　・　無** | |
| **保険者** | **所在地** | | |  | | | | | | | | |
| **名称** | | |  | | | | | | | | |
| **振込先** | **□子ども医療費の登録のあるきょうだい児と同じ口座**  **□児童手当と同じ口座（公務員以外）** | | | | | | | | | | | |
| **金融機関名** | |  | | | | **支店名** |  | | | | |
| **預金種別** | | **普通・当座** | | **口座番号** | |  | | | | | |
| **口座名義人**  **カナ氏名** | |  | | | | | | | | | |

**（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** | | |
| **有　　効　　期　　限** | | | | | **変　　　更** | | | **喪　　　失** | |
| **１** | **自** | **年 　　月 　　日** | | | **事　項** |  | | **事　項** |  |
| **至** | **年 　　月 　　日** | | | **届　出**  **年月日** |  | | **時　期** |  |
| **２** | **自** | **年 　　月 　　日** | | | **事　項** |  | | **事　項** |  |
| **至** | **年 　　月 　　日** | | | **届　出**  **年月日** |  | | **時　期** |  |
| **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** | | | | | | |
| **資格取得事由** | | | **□県内転入・□県外転入（ 　　　年 　　　月 　　　日）**  **□生活保護廃止　　　　（ 　　　年 　　　月 　　　日）** | | | | | | |
| **他の医療費助成** | | | **□ひとり親家庭等医療費**  **□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**