

(表)

子ども医療費給付金受給資格者登録申請書							
						年 月 日	
湧水町長		様					
				申請者 住 所 氏 名			
<p>湧水町子ども医療費給付金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。 なお、湧水町子ども医療費給付金受給資格登録や給付金決定に当たり、私及び私の世帯員の個人町・県民税の 税務資料等を閲覧することに同意します。 また、子ども医療費給付金の支給を受けるために必要な下記子どもの受診に関する情報を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。</p>							
子 ど も	氏 名	生年月日	住 所	性 別	監 護 者 と の 続 柄		
	1	. .		男・女			
	2	. .		男・女			
	3	. .		男・女			
	4	. .		男・女			
	5	. .		男・女			
監 護 者	氏 名		住 所		電 話		
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		
	被 保 険 者	氏 名				性 別	男・女
		生 年 月 日				子 ども との続柄	
		住 所					
資 格 取 得 年 月 日							
保 険 者	所 在 地						
	名 称						
	付 加 給 付 有 無	有 無	給 付 割 合				
受 領 希 望 金 融 機 関	名 称	銀行・信金 信組・農協		預 金 種 別			
				口 座 番 号			
		支 店 支 所		口 座 名 義 人 (フリガナ)			

(裏)

(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	
受付				認定	
確認				交付	
	有効期限	変更		喪失	
1	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出 年月日	時期	
医 年月日					
2	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出 年月日	時期	
医 年月日					
3	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出 年月日	時期	
医 年月日					
4	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出 年月日	時期	
医 年月日					
5	自	年月日	事項	事項	
	至	歯 年月日	届出 年月日	時期	
医 年月日					