第1号様式(第2条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 入力日 | 受給資格者証発送日 |
| / |  |

|  |
| --- |
| 子ども医療費助成金受給資格者登録申請書* 助成金（桃色）　　□　給付（黄色）

令和　　　年　　月　　日（宛先）出水市長申請者　住所　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）　子ども医療費助成金受給資格者登録を受けたいので、次のとおり申請します。　なお、子ども医療費助成金受給資格登録及び子ども医療費助成金の支給決定に当たり、私及び私の世帯員の地方税関係情報について取得し、又は確認されること、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審査支払機関を通じて市に送付することに同意します。 |
| フ リ ガ ナ子どもの氏名 | 生年月日 | 住　　　所※別居の場合は寮名等まで記入 | 受給資格者証番号※市記入欄 |
| 1 | 平成・令和・　・ | 申請者と □ 同居　□ 別居 | () |
| 2 | 平成・令和・　・ | 申請者と □ 同居　□ 別居 | () |
| 3 | 平成・令和・　・ | 申請者と □ 同居　□ 別居 | () |
| 4 | 平成・令和・　・ | 申請者と □ 同居　□ 別居 | () |
| 5 | 平成・令和・　・ | 申請者と □ 同居　□ 別居 | () |
| 受　給資格者 | 氏名 | ※振込口座と同じ保護者 | 住所 | * 申請者と同じ
 | 電話番号 | □父　□母　□自宅 |
| 加入医療保険 | 保険の種類 | 協・組・船・共・国 |
| 被保険者証 | 記号 | 　 | 番号 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 子どもとの続柄 | 　 |
| 保険者名 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 資格取得年月日 | 平成・令和 　　年　　月　　日 | 付加給付の有無 | 有・無 |
| 振込口座　※1 | 金融機関名 | 銀行・金庫組合・農協 | 本店・支店本所・支所 | 備考　　※市記入欄 | □ 出生（第　　 子）上の子の登録 有・無□ 転入（Ｒ . . ）　□ 県内（□未就学児）□ 県外　　　　　□その他（Ｒ . . ）　□ ひとり親停止・喪失　　（　　　　　　　）　□ 生活保護廃止　□（　　　　　　　）認定日　Ｒ　 ・　　・ |
| 口座種別 | 普通・貯蓄 | 口座番号 |  |
| ※カタカナで記入口座名義人 | ※受給資格者と同じ保護者（第２子以後は第１子と同じ口座） |
| 市町村民税非課税世帯で、医療機関等の窓口での支払がなくなる子ども医療給付受給資格者証（黄色）の交付を |
| 　　　　　　　 希望する場合、次の該当する項目にチェックをしてください。市内　※2□　希望する　 子どもと別居の保護者　　　　　　　　　　　　　　□　無　□　有（□市外 同意書 又は □市外 非課税証明書）　　　　　　　　１月２日以後に転入(申請：1～6月…前年、7～12月…本年の証明)□　無　□　有（□同意書 又は □非課税証明書）※2□　希望しない |
| 子ども医療給付判定□ 非課税（該当・証交付）□ 課税（非該当通知）認定日　Ｒ　 ・　　・ |

※1　子ども医療給付受給資格者証（黄色）だけの申請の場合、振込口座の記入は必要ありません。

※2　市町村民税非課税証明書：申請が1～6月…前年1月1日時点、7～12月…本年1月1日時点の住所地交付のもの