

子ども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 所沢市長

住 所 所沢市

フリガナ

申請者  
(保護者) 氏 名

電 話

下記のとおり子ども医療費受給資格の登録を申請します。

なお、子ども医療費の助成に関し、世帯全員の住民税課税台帳を閲覧することを承諾します。

児 童	(フリガナ) 氏 名			生 年 月 日
				平成 令和 年 月 日
	申請者との 続き柄		住所が申請者 と異なる場合 はその住所	

振 込 先 金 融 機 関	<input type="checkbox"/> 次のとおり		<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり		
	区 分	金融機関コード		本支店コード	
	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協			
	本支店名	本店・支店・出張所			
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 貯蓄預金			
	口座番号			子ども医療費交付申請書により 助成決定された助成金は、 この口座に振り込むよう依頼 します。	
(フリガナ) 口座名義					

加 入 医 療 保 険	<input type="checkbox"/> 次のとおり		<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり			
	記 号 番 号	記 号	番 号			
	被 保 険 者 氏 名					
	資 格 取 得 年 月 日	平成・令和		年	月 日	
	保 険 者 番 号					
	保 険 者 名 称	全国健康保険協会.....支部・国保 健康保険組合・共済組合・国保組合				
	交 付 年 月 日	平成・令和		年	月 日	
	適 用 区 分	<input type="checkbox"/> 本人		<input type="checkbox"/> 家族		
附 加 給 付	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有			
申 請 事 由	1 出生		2 転 入		3 保険加入	
	4 生保廃止		5 施設退所		6 重度廃止	
	7 その他 (					

収 受	認 定 日	令和	年	月	日
	決 定 日	令和	年	月	日
	受給者証の交付	即日・郵送・否 ( )			
	交 付 日	令和	年	月	日

受 付	入 力	確 認

受給者証番号					