様式第1号(第4条関係)

こども医療費助成金受給資格者証申請書

　忍　野　村　長　　　様

受給者番号

資格理由　　出生　・　転入　・　その他

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　令和　　　年　　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　護　者申請者 | フリガナ |  | 小　　児との続柄 | 　 |
| 氏　　　名 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 忍野村　内野・忍草電話　　　　 | 生年月日 | 昭和 ・ 平成　年　　月　　日 |
| 勤務先又は職業 | 電話　　　　―　　　　　　　　 |
| 小　児 | フリガナ | 　 | 男・女 | 生年月日 | 平成 ・ 令和　年 　月 　日 |
| 氏名 | 　 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入保険 | 記号番号 | 　 | 　 | 資格取得 | 　年　月　日 |
| 被保険者(世帯主)氏名 | 　 |
| 保険者名 |  |
| 保険者番号 | 　 |
| 有効期限 | 通院 | 令和　　 　年 　３ 月 ３１ 日まで |
| 入院 | 令和　　 　年 　３ 月 ３１ 日まで |
| 備考 | 交付日 | 令和　　 　年　　　月　　　日 |
| 資格日 | 令和　　 　年　　　月　　　日 |

届出人は、太枠内の事項を記入してください。

令和　　　年　　　月　　　日

受領者

※ 裏面のこども医療費助成金振込口座等も記入してください。

※ 国保加入者は、別紙の委任状兼同意書に記入してください。

子ども医療費助成金支払口座登録書

（新規 ・ 変更 ・ 廃止）

|  |
| --- |
| 振込先 |
| 金融機関名 | 銀行　・　信金　信組　・　ＪＡ　 | ※コード |
|
| 本店　　　　　　支店　　　　　　 | ※コード |
| 口座種別 | 普通　　　・　　　当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 左詰めで記入してください |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 異　動　区　分 | １．住所　　２．氏名　　３．振込先　　４．廃止 |

《注意事項》

* 保護者とは、お子さんが加入する保険の被保険者又は世帯主になります。
* 上記口座は、子ども医療費助成金の償還払い専用の口座になり、この口座への振り込みとなります。
* 振込先口座は、保護者本人名義に限ります。（通帳をお持ちください。）
* ゆうちょ銀行も登録できます。
* 預金科目は普通又は当座のどちらかを○で囲んでください。
* 変更又は廃止をする場合は、異動区分の中の該当の数字を○で囲んでください。