

子ども医療費受給資格登録申請書

(あて先)川口市長

		提出年月日		年 月 日			
受給資格者(保護者)	フリガナ			性別	生年月日	配偶者	
	氏名			男・女	年 月 日	有・無	
	個人番号						
	住所			電話番号 () 携帯電話番号 ()			
	振込先	銀行 信用金庫 農協 本店 支店 出張所	(カタカナで記入)※受給資格者本人の名義で、普通口座に限ります。 名義		店番号	口座番号	
配偶者 <small>対象子どもが小中学生、または被保険者が配偶者の場合は記入</small>	フリガナ			生年月日		住所	
	氏名					※受給資格者と別住所の場合のみ記入	
	個人番号			年 月 日			
対象乳幼児及び児童	加入医療保険(保険証)	別添加入健康保険証の写しのとおり。 (対象者全員の健康保険証の写しを添付してください。)					
	転入日	無 / 有 ⇒ 年 月 日 転入 (再)					
	(フリガナ)氏名	性別	続柄	生年月日	同居 別居	児童の住所 ※別居の場合のみ	受給者番号 ※担当課処理欄
		男・女		年 月 日	同居・別居		
	個人番号					乳幼 / 小中	
		男・女		年 月 日	同居・別居		
	個人番号					乳幼 / 小中	
		男・女		年 月 日	同居・別居		
	個人番号					乳幼 / 小中	
		男・女		年 月 日	同居・別居		
個人番号					乳幼 / 小中		

次のとおり申請します。また、子ども医療費の支給に当たり必要があるときは、次の①及び②について同意します。

- ① 所得の状況及び市民税等の滞納の有無について公簿等により確認すること。(滞納の有無については就学児のみ)
- ② 高額療養費、付加給付金の決定に関する情報について加入保険者に照会・調査依頼すること。

保護者 _____ 印

配偶者 _____ 印

備考

受付印