

申請者は、原則子ども
同世帯の保護者です。

子ども医療費受給資格認定申請書

令和 ○年 ○月 ○日

申請者 住所 鹿児島市 山下町11番1号 さくらじまマンション101号
(保護者)
氏名 鹿児島 太郎 個人番号 123456789000

下記のとおり、受給資格の認定を申請します。 電話番号 090-1234-5678
※私は、資格認定又は助成額の決定に関して、私の世帯の地方税関係情報について、取得し、又は確認されることに同意します。
※子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記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。

受給者 (保護者)	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号
		個人番号	勤務先
対象の 子ども	氏名	鹿児島 桜子	生年月日
同意書			(取得事由)
私は、資格認定又は助成額の決定に関して、地方税関係情報について取得し、又は確認されることに同意します。			1 出生
氏名	申請者 との続柄	個人番号	2 県内から転入 (転入元 ○○市)
			3 県外から転入 (転入日 ○/○)
			4 母子・父子医療費受給資格喪失
			5 生活保護廃止
			6 施設退所
			7 母子・父子医療費所得限度額超過
			8 その他 ()

該当する番号に○をつけてください。

医療保険情報

保険者名	被保険者名
記号	番号
資格開始日	

振込

金融	口座	口座
----	----	----

【申請に必要な書類】

- 対象の子どもの健康保険証の写し
- 受給者(=保護者)名義の普通預金通帳またはキャッシュカードの写し
- 本人確認書類

※添付書類がすべて揃っていない場合でも、申請をすることができます。
(後日、不足書類の提出が必要となります。)

受給者番号	受給者宛名番号
取得日	取得事由
有効期限	入院
受付日	外来
交付日	受給者証受領確認