

こども医療費受給資格認定申請書

年 月 日

鹿児島市長殿

申請者 住所 鹿児島市
(保護者)
氏名

個人番号

下記のとおり、受給資格の認定を申請します。

電話番号

※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。

※こども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記のこ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 type="checkbox"/> 申請者に同じ	電話番号
		個人番号	勤務先 (電話番号)
対象の こども	氏名	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。	生年月日 年 月 日
同意書 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。			(取得事由) 1 出生 2 県内から転入 (転入元) 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 ()
氏名	申請者 との続柄	個人番号	

太
枠
の
中
を
記
入
し
て
く
だ
さ
い。

医療保険情報

保険者名			被保険者 氏名		
記号		番号		資格開始日	

振込先口座情報

金融機関名		支店名	
口座種別 口座番号		名義人カナ氏名	

処理欄

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	外来	
受付日		受給者証受領確認	
交付日			