

# 記入例

## 子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 岩切 秀雄 様

住所 薩摩川内市 神田町3番22号

氏名 川内 太郎 印

薩摩川内市子ども医療費助成金の受給資格者の登録を申請します。  
 なお、この登録や助成金の決定に当たり、私の市町村民税の課税状況に係る税務資料等が閲覧されること  
 同意します。  
 また、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医療機関等か  
 審査集計機関へ提供されることに同意します。

乳幼児医療給付事業に該当す  
 る方は、どちらかにチェック  
 をお願いします。

市町村民税非課税世帯と確認された場合、医療機関等の窓口での支払がなくなる  
 「乳幼児医療給付受給資格者証」の交付を  希望する  
 希望しない

市外から転入の場合、個人番  
 号(マイナンバー)を記入し  
 てください。

子ども	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	保護者 との続柄	子 ( )
	フリガナ	センダイ ハナコ		
	氏名	川内 花子		
	生年月日	令和 元 年 5 月 1 日	性別	男 ・ 女 ( )
保護者	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7	電話番号	0996 - 23 - 5111
	氏名	川内 太郎		
	住所	薩摩川内市 神田町3番22号		

加入社会保険等(健康保険証の内容を転記してください。)

子どもの保険証の内容を記入  
 してください。  
 出生に限り、子どもの保険証  
 が出来ていない場合は、扶養  
 に入れる保険証で受付が可能  
 です。

記号・番号	(記号) 1 2 3	(番号) 4 5 6 7 8 9		
被保険者等 <small>※被保険者・本人・ 組合員・世帯主 など</small>	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 9 8 7	子ども との続柄	父 ・ 母 ・ ( )
	フリガナ	センダイ タロウ		
	氏名	川内 太郎		
	生年月日	平成 2 年 12 月 1 日		
	住所	薩摩川内市神田町3番22号		

資格取得年月日 令和 元 年 5 月 1 日

保険者 (発行機関)	保険者番号	4 6 0 1 5 4		
	名称	薩摩川内市		
	所在地	薩摩川内市神田町3番22号		
	付加給付の有無	有 ・ 無 付加給付の内容		
振込先金融機関 <small>(資格登録済の子ども がいる方は記入不要で す。)</small>	名称	せんだい <small>銀行</small> かんた <small>支店</small>	預金種別	普通 ・ 当座
	口座名義人	センダイ タロウ	口座番号	1 2 3 4 5
世帯員の市町村民税の 課税の有無	当該年度(8月~3月申請)	有 ・ 無	前年度(4月~7月申請)	有 ・ 無

医療費助成の振込を希望する  
 口座内容を記入してください。

(これから下は記入しないでください。)

交付事由	出生 ・ 転入 ・ 再発行 ・ その他 ( )
有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
受付確認年月日	受給資格証記号・番号 認定交付年月日
受付	記号 認定
確認	番号 交付

### ＜ その他注意事項 ＞

- ※ 保険証の変更や転居等、資格内容が変更となる場合は変更手続きが必要になります。本庁子育て支援または各支所地域振興課市民生活G(里支所・上顧支所・下顧支所は健康福祉G、鹿島支所は市民福祉G)までお越しください。
- ※ 「乳幼児医療給付事業」は、市町村民税非課税世帯内の未就学児が対象になります。