

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

年 月 日

霧島市長 様

霧島市子ども医療費助成金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。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保険医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会等に送付すること及び助成金の額の判定において課税資料を閲覧することに同意します。

申請者 住 所  
(監護者) 氏 名  
電話番号 — —  
個人番号 \_\_\_\_\_

子 ど も	氏名		生年月日	続柄
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
振 込 先	銀行 支店			
	信用金庫 出張所			
	農協 支所			
	口座番号		普通 貯蓄	
フリガナ				
口座名義人				

※この申請書を提出する際は、必ず対象となる子どもの被保険者証の写しを添付すること。

※記名押印に代えて署名することができます。

市町村民税非課税世帯に該当すると確認された場合、医療機関等の窓口で支払をする必要がなくなる制度を利用することができます。この場合に、当該制度の利用（「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

同 意 欄

下記の者は、霧島市長が地方税関係情報について取得することに同意します（ただし、霧島市子ども医療費助成条例に基づく事務手続を処理するために限る。）。

なお、本書の複写は無効であり、上記の事務処理以外に本書を流用することは認めません。

同意者	申請者との続柄		個人番号	
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号	
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号	
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名をする場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合、欄外に記載して差し支えない