

## 子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

久喜市長 あて

子ども医療費受給資格証の交付及び支給決定に当たり必要がある場合は、申請者及び世帯員の住民基本台帳及び国民健康保険加入の状況並びに日本スポーツ振興センターの災害給付、高額療養費等の給付状況について、久喜市が調査・確認することに同意します。また、市長が久喜市子ども医療費支給に関する条例施行規則に基づく登録や支給の事務を行うため、必要な範囲内で個人番号に基づく情報の取得を行うことに同意します。

申請者 (受給資格者)	ふりがな											生 年 月 日	子どもとの続柄		
	氏 名											年 月 日	父・母		
	個人番号												他 ( )		
	住 所											電 話 ( )			
子 ど も	ふりがな											生 年 月 日	受給者番号		
	氏 名											年 月 日			
	個人番号														
	ふりがな											生 年 月 日	受給者番号		
	氏 名											年 月 日			
	個人番号														
	ふりがな											生 年 月 日	受給者番号		
	氏 名											年 月 日			
	個人番号														
	加 入 保 険	記 号						番 号						保 険 者 番 号	
		保 険 者 名	国民健康保険・国民健康保険組合・健康保険組合 全国健康保険協会 ( ) 支部・共済組合												
	振 込 先	金融機関名	銀行・金庫					支店・本店					店番		
		信組・農協					出張所					( )			
	口座番号	普通 当座					口座名義人 (カタカナ)								

取得事由	1.出生 2.転入 3.受給者変更 4.他 ( )	資格取得日	年 月 日
------	---------------------------	-------	-------