

こども医療受給資格登録申請書

令和 年 月 日

西 郷 村 長 様

申請者
(保護者)

住 所 西郷村

氏 名

電 話 番 号

こども医療費受給資格登録について、次のとおり申請します。

なお、県補助金対象の確認等のため、世帯の構成員に関する所得情報等の調査をすることに同意します。

必要書類 ① 通帳・キャッシュカード・口座情報画面のスクリーンショットのいずれか一つ

② 対象のお子様の保険証・資格確認証・資格情報のお知らせ・マイナポータル上の保険証資格情報画面のスクリーンショットのいずれか一つ

被 保 険 者	フリガナ		生年 月日	昭和 平成	年 月 日	こどもから 見た続柄	父・母・()
	氏 名						
	住 所	☐ 申請者に同じ ☐ 申請者と異なる (西郷村)			電話番号	☐ 申請者に同じ ☐ 申請者と異なる — —	
こ ど も (対 象 者)	フリガナ		生年 月日	平成 令和	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	氏 名						
	住 所	☐ 申請者に同じ ☐ 申請者と異なる (西郷村)					
	フリガナ		生年 月日	平成 令和	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	氏 名						
	住 所	☐ 申請者に同じ ☐ 申請者と異なる (西郷村)					
フリガナ		生年 月日	平成 令和	年 月 日	性 別	男 ・ 女	
氏 名							
住 所	☐ 申請者に同じ ☐ 申請者と異なる (西郷村)						
振 込 先	☐ 児童手当口座に同じ			☐ 登録済の兄姉の口座と同じ			
	金融機関名	銀行・農協 金庫・信組		支店名	本・支店 本・支所 出張所		
	口座番号		フリガナ 名義人				

* 事務処理欄

受給資格証番号	申請事由	付加給付														
①	出生・転入・社保加入・社保変更・受給者変更・口座変更・その他	有 ・ 無														
②	<table><tr><th>課長</th><th>主幹</th><th>課長補佐</th><th>専門主査</th><th>係長</th><th>主任主査</th><th>主査・係員</th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	課長	主幹	課長補佐	専門主査	係長	主任主査	主査・係員								
課長		主幹	課長補佐	専門主査	係長	主任主査	主査・係員									
③																