様式第１号（第５条関係）

子ども医療費受給資格登録（更新）申請書

令和　　　年　　　月　　　日

山元町長

　住　所

申請者　氏　名

（続柄：　　　　　）

電　話

山元町子ども医療費の助成に関する条例第５条の規定により、次のとおり受給資格の登録（更新）を申請します。また、資格の自動更新及び当該申請に係る世帯員等の所得状況等について調査することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録事由 | | | | | | □ 転入　□ 出生　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事由発生日 | | | | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受給者** | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | 続　柄 | | 父 ・ 母 ・ その他(　　　　) | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | 昭和・平成  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | | | | 山元町 | | | | | | | | | | | | 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **子ども** | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | |  | | | | | | | | 男・女 | | 平成・令和  　　年　　月　　日 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | |  | | | | | | | | 男・女 | | 平成・令和  　　年　　月　　日 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | 性別 | | 生年月日 | | 個人番号(マイナンバー) | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | |  | | | | | | | | 男・女 | | 平成・令和  　　年　　月　　日 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所  **※受給者と同じ場合省略可** | | | | | 山元町 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※転入の場合  １月１日の住所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入保険 | | | | | | 別添のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先口座 | | | 金融機関 | | | 銀行・農協　　　　　　　　　　　　　　本店  金庫・組合　　　　　　　　　　　　　　支店・支所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 座 番 号 | | | | | | | | | | 口座名義人（カナ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※勤務先記入欄  付加給付に  関する証明 | | | | | | 上記受給者の家族療養費に対する付加給付は次のとおりです。  （給付規定等の内容）  上記のとおり相違ないことを証明します。  　　　　　年　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　事業所名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 処 理 欄 | | 受給者番号 | | |  | | | | | | | 資格 | | | 該当 ・ 非該当（　　　） | | | | | | | 受付印 | | | | | | | | |
| 起案日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 所得入力 | | | 自動 ・ 調査 | | | | | | |
| 証交付 | | | 有　・　無 | | | | | | | 証発送日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 課長 | | | 参事 | | | | 班長 | | | 班員 | | | | | 担当 | | | | |
|  | | |  | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |