

子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届

次の条件を付して所得・課税状況を調査することに同意します。

- 1 期間 こども医療費の受給資格取得日から資格を喪失するまで。
- 2 目的 こども医療費助成に係る県補助金対象の有無を確認するため。
- 3 その他 調査結果を目的外には使用しない。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

(電話 ー)

登録申請書 【出生 転入 社会保険（国保組合）加入 その他】

内容変更届（受給者番号 ）【加入保険 受給資格者 振込口座 住所 氏名 その他】

受給資格者 (保護者)	フリガナ		電話番号																
	氏名		個人番号																
	住所																		

こども	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏名		続柄		性別	男・女
	住所					

加入保険	保険者名		保険者番号														
	被保険者氏名		記号番号														
			認定年月日 (資格取得年月日)														
	被保険者住所																

振込金融機関名	銀行・農協 信金・信組	店	普通															
名義人(カナ) (保護者)		口座番号																

処理欄	資格取得日	年 月 日	資格満了日	年 月 日
	受給者番号		加入保険	