

子ども医療費受給資格登録申請書 兼 内容変更届

記入例

振込口座変更

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。

申請日を記入

平成30年 7月 1日

住所 矢吹町一本木 101

氏名 矢吹 太郎 ㊟

(電話 0248-42-2230)

該当箇所にし点を記入

添付書類：通帳（受給資格者）の写し

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 30080）【加入保険 受給資格者 振込口座 住所 氏名 その他】

受給資格者と同じ住所の時は同上と記入

| | | | | | | | |
|----------------|------|------------|------|---------------|--|--|--|
| 受給資格者 (保護者) | フリガナ | ヤブキ タロウ | 電話番号 | 090-△△△△-△△△△ | | | |
| | 氏名 | 矢吹 太郎 | 個人番号 | 未記入で可 | | | |
| | 住所 | 矢吹町一本木 101 | | | | | |

| | | | | | | |
|-----|------|----------|------|-------------|----|------|
| こども | フリガナ | ヤブキ イチロウ | 生年月日 | H 30年 7月 1日 | | |
| | 氏名 | 矢吹 一郎 | 続柄 | 子 | 性別 | ㊟男・女 |
| | 住所 | 同上 | | | | |

| | | | | | | |
|------|--------|--|--------------------|--|--|--|
| 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 | | | | | |

通帳の内容を記入(受給資格者の通帳)

| | | | | | | | | |
|------------------|--------------------|-------|----|---|---|---|---|---|
| 振込金融機関名 | ㊟銀行・農協 矢吹 信金・信組 | 矢吹支 店 | 普通 | | | | | |
| 名義人(カナ) (保護者) | ヤブキ タロウ | 口座番号 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

| | | | | |
|-----|-------|-------|-------|-------|
| 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 | | |