

子ども医療費助成金受給資格者登録申請書

令和〇年 〇月 〇日

三島村長 殿

申請者 住所 (保護者の住所)

氏名 (保護者の氏名) 印 電話番号 - -

※署名(自筆)の場合は押印不要

下記のとおり、三島村子ども医療費助成金受給資格の認定を申請します。

なお、受給資格の認定や助成額の決定に関して、私及び私の世帯員の地方税関係情報を取得・確認することに同意します。

また、子ども医療費助成金の支給を受けるために必要な下記の子どもの受診に関する情報を保険医療機関等が審査支払機関を通じて村に送付することに同意します。

子 ど も	フリガナ		生 年 月 日	性 別	受給資格者 との続柄	住 所 ※村外の場合のみ記入
	氏 名					
1	ミシマ タロウ		平成 令和 3年 5月20日	男・女	子・同居人	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
	三島 太郎					
2			平成 令和 年 月 日	男・女	子・同居人	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
3			平成 令和 年 月 日	男・女	子・同居人	<input type="checkbox"/> 受給資格者と同じ
受給 資格者	氏 名	(世帯主氏名) ※しおかぜ留学生の場合は里親		住 所	三島村大字 (世帯主住所) 番地	
加 入 医 療 保 険	被保険者 氏 名	三島 一郎		子ども との続柄	父	記号
	資格取得年月日	被保険者証(組合員証)を見ながら記入してください。 ※この申請書を提出するときに被保険者証(組合員証)を提示 してください。				
	保 険 者 名					
	附 加 給 付 有 無					
振 込 先 口 座	助成金の振込先は受給資格者名義の口座です。 ※しおかぜ留学生の場合は里親の口座に振り込まれます。					

※ この申請書を提出する際には、必ず医療保険各法に基づく被保険者証又は組合員証を提示してください。