

記入例

※ ○ の部分を記入してください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(宛先) 所沢市長

住所 所沢市 並木1-1-1 101号室

フリガナ トコロザワ タロウ

申請者

(保護者)

氏名 所沢 太郎

電話 XXX-XXXX-XXXX

次のとおり、子ども医療費受給資格の登録を申請します。申請者は、市長が資格認定及び医療費助成の決定のため、今後必要な範囲で住民基本台帳、保険資格及び保険給付等の情報を収集及び確認するとともに、その目的のため個人番号を利用することに同意します。なお、子ども医療費交付申請書により助成決定された助成金は、この申請書に記載された口座に振り込むよう依頼します。

児童	(フリガナ) 氏名	トコロザワ	ハナコ	生	年	月	日
	申請者との続き柄	子	個人番号	平成	令和	○年	○月
児童	(フリガナ) 氏名	対象児童（高校生年代まで）全員 をご記入ください。 1枚で3名まで記入可能です。 ※他の医療費助成制度の対象者、生活保護・里親制度の対象者、児童養護施設等入所中の場合は対象外となります。 ※個人番号について、不明であれば空欄で結構です。					
	申請者との続き柄						
児童	(フリガナ) 氏名						
	申請者との続き柄						

振込先金融機関	<input type="checkbox"/> 次のとおり	<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり	信用組合 ・ 農協 出張所 通預金 当預金 蓄預金
	区		
	金融		
	本支		
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 次のとおり	<input type="checkbox"/> 別添写しのとおり	送付の際は、対象児童全員の以下のいずれかのコピーを本申請書と一緒にご提出ください。 【健康保険証・資格確認書・資格情報のお知らせ（A4型）】 上記のものがすぐにご準備できない場合は、先に本申請書のみご提出いただき、ご準備が整いましたら後日、改めてご提出をお願いいたします。 ※上記のものがお手元に無いが、対象児童のマイナ保険証をお持ちの場合、対象児童のマイナポータルで保険情報を確認し、この欄に直接児童加入の保険情報をご記入ください。 (必ず対象児童のマイナポータルで確認した保険情報をご記入下さい)
	口座		
	口座		
	(カ)		
申請事由	6		
	收受	認定日	年 月 日
		決定日	年 月 日
	受給者証交付	即日・郵送・否 ()	
受付	ご不明点は下記担当者までお問い合わせください。		日
	こども支援課 医療費助成担当		
	04-2998-9124		
	号		