

記入例

子ども医療費受給資格登録申請書

記入した日付

令和 ○年 ○月 ○日

申請者（保護者）

住所 所沢市 並木1-1-1 ○○ハイツ101

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 ○○○-○○○○-○○○○

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、市長が受給資格認定のため、今度必要な範囲で世帯全員の住民基本台帳を閲覧することを承諾します。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)	トコロザワ ハナコ	生年月日
	氏名	所沢 花子	平成18年 5月 ○日
児童	(フリガナ)	トコロザワ ジロウ	生年月日
	氏名	所沢 次郎	平成21年 3月 ○日
児童	(フリガナ)		生年月日
	氏名		平成 年 月 日

年齢拡大対象者

被保険者名義の通帳またはキャッシュカードのコピー貼付位置

被保険者名義の振込先金融機関のわかるもの（通帳やキャッシュカードのコピー等）を貼付してください

* 国民健康保険で世帯主が児童の祖父母などの場合は、父母など主に生計を維持し児童を監護する方の口座を貼付願います。

対象児童の健康保険証コピー貼付位置

対象児童全員分の健康保険証
のコピーを貼付してください

対象児童をご記入ください

- ・ 生年月日が平成18年4月2日から平成21年4月1日までの同居の児童
- ・ 重度心身障害児等医療・ひとり親家庭等医療の対象者、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
- ・ 令和6年9月30日までに転出の予定のある場合も対象外となります