

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

喜多方市長

住所 喜多方市
申請者

氏名
(電話番号：)

子ども医療費受給資格の登録について、次のとおり申請します。

なお、助成額の判定等のため、私の属する世帯の構成員に関する市民税課税状況の閲覧及び加入保険の内容を調査することに同意します。

受給資格者 (保護者)	氏名(ふりがな) 個人番号		生年月日	続柄
			年 月 日	
	1月1日時点の住所(1~7月の提出は前年、8~12月の提出は本年)			

子ども (対象者)	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 喜多方市		
	氏名(ふりがな) 個人番号	生年月日	性別	加入保険 認定年月日
		年 月 日	男・女	年 月 日
		年 月 日	男・女	年 月 日
		年 月 日	男・女	年 月 日

振込先	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農業協同組合		支店
	口座番号	普・当	ふりがな 名義人

加入保険	※番号に○をつける	被保険者名	
	①喜多方市（国民健康保険）	記号番号	記号 番号
	②全国健康保険協会（協会けんぽ） ③健康保険組合、共済、その他	事業所名 (勤務先)	

※ここから下は記入しないでください。
市処理欄

認定理由	出生 ・ 転入	受給開始	年 月 日	備考
付加給付	有 ・ 無	受給終了	年 月 日	