

（表）

受給者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

さぬき市長 殿

申請者 住 所
氏 名
連 絡 先 電話番号 () -
携帯電話番号 () -

さぬき市子ども医療費の支給に関する条例第3条の2の規定に基づき、子ども医療費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、市民税における所得等の状況を調査すること及び医療機関等に点数等を照会すること並びに受給資格申請者及び対象児の属する世帯の構成について住民基本台帳により確認することに同意します。

受給資格申請者	フリガナ 氏 名	生年月日	対象児との続柄	住 所	個人番号
		年 月 日			
		年 月 日			
対象児		年 月 日			
振込先	振込金融機関・支店名		種別	口座番号	口座名義人（カナ）
	()				
加入保険	被保険者証記号番号	保険者等の名称	事業所（事務所）の所在地		附加給付

- (注) 1 対象児についての健康保険証等を裏面に添付してください。
2 受給資格申請者名義の振込先金融機関の口座が確認できる書類を裏面に添付してください。
3 交付を受けようとする者が、対象児の父母祖父母でないときは、その者が当該対象児を現に監護していることを民生・児童委員などが明らかにする監護証明書（別紙）を添付してください。

(裏)

対象児の健康保険証の写し 貼付け (のりしろ)

※対象児の名前、保険者名称、保険者番号、記号番号及び被保険者が確認できる面の写しを添付してください。

申請者の振込先金融機関の口座が確認できる書類の写し 貼付け (のりしろ)

※申請者の振込先金融機関の名称、口座番号及び口座名義人(カナ)が分かる通帳(通帳見開きページ)又はキャッシュカードの写しを添付してください。