

様式第1号(第3条関係)

決 裁	決裁権者				担当	受 付	年 月 日
						決 裁	年 月 日
						交 付	年 月 日

記号番号

こども医療費受給資格登録申請書

令和 年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住 所

氏 名 ㊟

TEL ()

下記のとおり、同意の上、受給資格登録を申請します。

記

[同意事項]

- ①本申請・資格更新や支給審査にあたり、私及び私の世帯員について、住民基本台帳情報等を公簿や個人番号に基づく情報の取得により確認すること。
- ②加入医療保険に、所得区分や高額療養費・附加給付等の決定に関する情報を確認すること。
- ③横瀬町国民健康保険より償還される高額療養費の受領の権限を横瀬町に委任し、こども医療費と合わせて支給を受けること。
- ④生活保護受給状況及び児童扶養手当受給状況を各関係機関に確認すること。
- ⑤申請した事項に変更が生じたときは、速やかに届出を行うこと。

受給資格者	フリガナ							生年月日	
	氏 名							昭平	年 月 日
	住 所							対象児	との続柄
	個人番号								
フリガナ						性 別	生年月日		
対象児氏名						男・女	平令	年 月 日	
対象児個人番号									
加入医療保険	国 保 社 保	記号・番号	保 険 者 名		所 在 地		附 加 給 付		
							有・無	内 容	
振 込 口 座 (受給資格者名義のもの)									
金 融 機 関		銀行・金庫・信組・農協・漁協							支店
金融機関番号		店 番 号	預 金 種 別	口 座 番 号					
			普 通						
名義人(カナ)									
※後発医薬品(ジェネリック医薬品)を希望する旨を受給資格証へ記載してよろしいですか。									可・不可

(注) 1 申請者欄は、原則としてこども医療費の支給を受けようとする保護者を記入してください。