

令和 年 月 日

都城市長 宛て

住所 都城市

氏名

電話番号 () —

都城市子ども医療費受給資格登録申請書

次のとおり、都城市子ども医療費受給資格登録を申請します。

なお、申請に当たり、受給申請時及び受給期間中に児童手当の受給状況、世帯の所得、税額等の状況及び助成対象者の属する世帯の構成、異動の状況について、市において調査確認することに同意します。また、高額療養費についての代理受領についても同意します。

対象者	フリガナ		性別	男・女	助成対象者番号	
	氏名		生年月日	平成・令和 年 月 日		
	住所	都城市 <input type="checkbox"/> 上記申請者の住所と同じ				
加入保険	保険種類	国・国組・協・健・共・日・船		保険者番号		
	記号番号			資格取得日	平成・令和 年 月 日	
	被保険者名			個人番号		
届出口座	金融機関名	本・支店名	口座番号		口座名義人(カタカナ)	
	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所 出張所				

兄、姉が子ども医療費助成対象者の場合は、その子ども医療費受給資格届の口座と同じ

児童手当受給状況調査欄

現在児童手当等(児童手当・特例給付・小学校修了前特例給付)を 受給中である・受給していない ことを届け出ます。						
児童手当受給者 氏名				個人番号		

※ ここから下は、記入しないでください。

決定	1 認定					
	2 却下 (停止理由)				

※ 入力 (/ 済) 資格証 (/ 手渡済 ・ / 郵送済)
(後日郵送)