

様式第1号(第4条関係)

## 子ども医療費受給資格 登録申請書

〈受給資格者証が必要な方〉(お子様)

氏名		住所	生年月日	個人番号									
1	フリガナ -----	<input type="checkbox"/> 下記申請者住所に同じ 都城市	年 月 日										
	受給者番号												
2	フリガナ -----	<input type="checkbox"/> 下記申請者住所に同じ 都城市	年 月 日										
	受給者番号												
3	フリガナ -----	<input type="checkbox"/> 下記申請者住所に同じ 都城市	年 月 日										
	受給者番号												

医療 保険	被保険者住所	市内住民の場合は記載不要			<input type="checkbox"/> 情報照会 <input type="checkbox"/> 被保険者等であることが確認できる書類						
	被保険者氏名 (親の医療保険)	被保険者 生年月日	年 月 日	被保険者の 個人番号							

〈申請者〉(保護者)

都城市長宛て		(申請日) 年 月 日	
上記のとおり、子ども医療費受給資格者証の交付について関係書類を添えて申請します。			
氏名	フリガナ -----	生年月日	年 月 日
			申請者の 個人番号
			電話番号
住所			続柄 <span style="float: right; font-size: small;">受給資格証が必要な方から見て</span>
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 兄弟、姉妹が子ども医療助成対象者で、その子ども医療費受給資格届の口座を利用 <input type="checkbox"/> 通帳又はキャッシュカード等の写し口座		

### 都城市使用欄

事 由				
<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 再取得 <input type="checkbox"/> 生活保護の受給廃止・停止 <input type="checkbox"/> 重心廃止 <input type="checkbox"/> ひとり親廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
本人確認				
1点確認書類 : <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
2点確認書類 : <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療受給者証 <input type="checkbox"/> 学生証・社員証(写真付) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
決 定				
1 適当と認められたので受給資格証を交付する。 <span style="float: right;">認定日 ( 年 月 日 )</span> 2 次の理由により申請を却下する。 (却下理由 )				
入力・受給資格証交付				
入力 ( / 済)      1. 窓口交付      2. 後日郵送 (郵送日 / 済)				
〈補足〉口座				
銀行名	支店名	種別	口座番号	口座名義 (カナ)

児手済・公務員・市外住民

(裏面)

# 同意書

都城市長 宛て

子ども医療費受給者証の申請にあたり、  
次の事項について同意します。

- 【同意事項】
- ・市区町村民税に係る所得課税情報を医療助成事務に利用すること。
  - ・都城市が保有する個人情報を利用すること。
  - ・都城市が保険者に対して、高額療養費の代理受領を求めること。

【同意期間】 本同意は、医療費助成受給資格を有している期間とする。

【同意年月日】            年    月    日

<申請者> (保護者)

氏名	フリガナ	生年月日	
	.....	個人番号	
住所			続柄 受給者から見て

<児童手当受給者> (受給者の生計を主として維持している方)

氏名	フリガナ	生年月日	
	.....	個人番号	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		続柄 受給者から見て

氏名		生年月日	個人番号	
1	フリガナ	年 月 日		
			市処理欄	
2	フリガナ	年 月 日		
			市処理欄	
3	フリガナ	年 月 日		
			市処理欄	
4	フリガナ	年 月 日		
			市処理欄	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 児童手当受給者と同じ			