

乳幼児医療費助成金受給資格者登録申請書							
						年 月 日	
十島村長 様							
申請者 住所						印	
氏 名							
<p>十島村乳幼児医療費助成金受給資格者登録を受けたく、次のとおり相違ないので登録されるよう申請します。</p> <p>なお、十島村乳幼児医療費助成金受給資格登録や助成金決定に当たり、私及び私の世帯員の村・県民税の税務資料等を閲覧することに同意します。</p> <p>また、乳幼児医療費助成金の支給を受けるために必要な下記乳幼児の受診に関する情報を医療機関等が鹿児島県国民健康保険団体連合会に送付することに同意します。</p>							
乳 幼 児	氏 名	生年月日	住 所	性 別	監 護 者 との続柄		
	1	. .		男・女			
	2	. .		男・女			
	3	. .		男・女			
	4	. .		男・女			
5	. .		男・女				
監 護 者	氏 名		住 所	電 話	局 番		
乳 幼 児 に 係 る 医 療 保 険	保 険 の 種 類		政 組 日 船 共 国				
	被 保 険 者 証		記号		番号		
	被 保 険 者	氏 名			性 別	男 女	
		生 年 月 日			乳 幼 児 との続柄		
		住 所					
資格取得年月日							
保 険 者	所 在 地						
	名 称						
	附 加 給 付 有 無		有 無		給付割合		
	支 払 希 望 金 融 機 関	名 称	銀行・信金 信組・農協		預 金 種 別		
			支店 支所			口座番号	
			口座名義人 (フリガナ)				

(裏)

(このらんは記入しないでください)

受 付 確 認 年 月 日		受給資格者証番号		認定交付年月日	
受 付				認 定	
確 認				交 付	
	有 効 期 限	変 更	喪 失		
1	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日	届 出 年月日		時 期
医 年 月 日					
2	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日	届 出 年月日		時 期
医 年 月 日					
3	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日	届 出 年月日		時 期
医 年 月 日					
4	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日	届 出 年月日		時 期
医 年 月 日					
5	自	年 月 日	事 項		事 項
	至	歯 年 月 日	届 出 年月日		時 期
医 年 月 日					

注 記名押印に代えて署名することができます。