特　例

子ども医療費受給資格登録申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）所沢市長

申請者（保護者）

住　所　所沢市

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名

電　話

次のとおり、子ども医療費受給資格の登録を申請します。申請者は、市長が受給資格認定のため、今後必要な範囲で世帯全員の住民基本台帳を閲覧することを承諾します。なお、子ども医療費交付申請書により助成決定された助成金は、この申請書に記載された口座に振り込むよう依頼します。

児童	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		生　年　月　日 平成　　年　　月　　日
	申請者との続き柄		
児童	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		生　年　月　日 平成　　年　　月　　日
	申請者との続き柄		
児童	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名		生　年　月　日 平成　　年　　月　　日
	申請者との続き柄		

年齢拡大対象者

被保険者名義の通帳またはキャッシュカードのコピー貼付位置

振込先金融機関			
区　分	金融機関コード		本支店コード
金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 信託銀行 ・ 労働金庫 ・ 農協		
本支店名	本 店 ・ 支 店 ・ 出張所		
口座番号		口座種別	□ 普通預金 □ 当座預金 □ 貯蓄預金
口座名義（カ　ナ）			

対象児童の健康保険証コピー貼付位置

□ 次のとおり　　□ 別添写しのとおり

記号番号	記号	番号	
被保険者氏名			
資格取得年月日	H R　年　月　日	H R　年　月　日	H R　年　月　日
保険者番号			
保険者名称	全国健康保険協会＿＿＿＿支部 ・ 国保 健康保険組合 ・ 共済組合・ 国保組合		
適用区分	□本人　□家族	付加給付	□無　□有

1　出　生　2　転　入　3　保険加入　4　生保廃止　5　施設退所

6　重度廃止　7　そ の 他　（　令和６年10月１日対象年齢拡大のため　）

取受		
	認定日	令和　年　月　日
	決定日	令和　年　月　日
	受給者証交付	即日・郵送・否（　　）
	交付日	令和　年　月　日

受付	入力	確認	受給者証番号						