

第1号様式(第3条関係)

子ども医療費助成金受給資格認定申請書

年 月 日

北谷町長 様

申請者 住所  
氏名  
電話

子ども医療費受給資格者証の交付及び医療費の助成を次のとおり申請します。また、以下のことに同意します。

- 1 申請の審査を受けるため、必要に応じて課税台帳等の閲覧を行うこと。
- 2 高額療養費や家族療養附加給付金を受けられる場合、医療機関又は保険機関等から診療情報等の写しを徴し、これを閲覧し、又は使用すること。また、保険者への高額療養費等の請求及び受領に関する一切の権限について、北谷町長に委任すること。
- 3 子ども医療費の助成に関する手続又は処分に関し、必要な個人情報を利用し、又は保険医療機関等若しくは沖縄県国民健康保険団体連合会へ提供すること。
- 4 既に支払われた助成金について、調整する必要が生じた場合は次月以降の支給額において相殺すること。

対象子ども	フリガナ		個人番号	
	氏名		住所	
	生年月日			
加入医療保険	保険種別	記号	番号	
	保険者名称		保険者番号	
被保険者	フリガナ		個人番号	
	氏名		住所	
	生年月日		対象子どもとの続柄	

振込口座	金融機関名		本店支店名	
	口座番号		フリガナ	
			口座名義人	

受給資格者番号		交付年月日	
受給資格有効期間	開始日		開始理由 1 出生 2 転入 ( ) 3 生保廃止 ( ) 4 その他
	入院		
	外来		
備考			

※添付書類：①対象子どもの健康保険証の写し ②助成対象者名義の通帳の写し