

* 処理 事項	受給資格適否	適 ・ 否	否の理由		
	受給者番号		附加給付	有 ・ 無	
子ども医療費受給資格登録(更新)申請書 東松島市長 様					
子ども医療費の助成を受けたいので、対象児童が18歳到達年度末までの期間の資格登録の申請を、必要書類を添えて行います。 また、資格の登録、更新に必要な公簿(住民基本台帳・課税台帳等)を東松島市の関係職員が閲覧することに同意し、助成対象期間が終了するまで自動更新を希望します。 (同意しない場合又は個人番号を記入しない場合は、この前の文を二重線で消してください。その場合、別途税証明等の添付が必要になります。)					
申請(届出)人		⑨	申請年月日	令和	年 月 日
受給者	フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
	個人番号	- -	電話番号		
	住所				
	職業		勤務先又は会社名		
対象児童	フリガナ氏名		生年月日	平成 令和	年 月 日
	個人番号	- -			
	住所 (市名省略可)	(受給者と別の場合のみ記入)			
健康保険	別添写しのとおり <input type="checkbox"/>				
	保険区分	社会保険(扶) 国民健康保険(被)			
	記号・番号	記号	番号		
	保険者番号		保険者名称		
	被保険者氏名	(受給者と別の場合記入)			
振込口座	上記の者の子ども医療費助成(県外受診分)について下記口座へ振り込みされることを承諾します。				
	金融機関名		メイギニン カナシメイ		口座番号
	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	※受給者氏名と同じ		