

子ども医療費受給資格登録(更新)申請書

年 月 日

石巻市長(あて)

申請者 住所 石巻市
(受給者) 氏名

子 ど も	(フリガナ)		性 別 生年月日	男 ・ 女			
	氏 名			年 月 日			
	住 所	石巻市	電話番号				
受(保 給護 者者)	(フリガナ)		性 別 生年月日	男 ・ 女			
	氏 名			年 月 日			
	住 所	石巻市	子どもとの続柄				
	勤 務 先		勤務先電話番号				
加 入 保 険	被 保 険 者	氏 名					
		記 号 番 号					
	保 険 者	名 称	国 保				
			社 保				
	コ ー ド						

上記のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録(更新登録)を申請します。
なお、以後の更新時において、市が保有する公簿等により、所得状況を確認することに

- 同意します。
- 同意しません。

申請者 住所 _____
(受給者) _____
氏名 _____

【注】 □欄は該当するものにレ印を記入してください。また、同意する場合は、署名してください。

なお、同意の効力は受給資格の喪失をもって消滅します。

※ 同意した方は、毎年度更新の登録申請は必要ありません。同意しない方は、毎年度更新の登録申請が必要となります。

様式第1号（第4条関係）

~~（注）小学校入学前の子どもの保護者の方で、他の市町村から転入された方は、次の区分による証明書等の添付が必要となる場合があります。~~

~~・1月から9月までに申請する場合は、前々年の所得のわかるもの~~

~~（前年の1月1日に保護者が他の市町村に居住していたときは、その市町村長の発行する所得証明書又は源泉徴収票）~~

~~・更新申請及び10月以降に申請する場合は、前年の所得のわかるもの~~

~~（該当する年の1月1日に保護者が他の市町村に居住していたときは、その市町村長の発行する所得証明書又は源泉徴収票）~~

※ 該当する年の1月1日に石巻市に住所を有する場合は、所得証明書等の添付は不要です。ただし、給与支払報告書等が提出されていない方で、所得税・市民税等の申告を済ませていない方は、申告が必要となります。

（下記の欄は記入しないでください。）

対象者	整理番号	出生	備考
子ども		転入	
受給者		受給者変更	
受給者番号		その他(更新等)	