

子ども医療費受給資格登録申請書

申請日

年

月

日

石巻市長(あて)

申請者(受給者)

氏名

電話番号

次のとおり子ども医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録を申請します。

また、石巻市が、石巻市子ども医療費の助成に関する条例の事務手続に必要な範囲で市が保有する受給者及び配偶者の公簿等(住民基本台帳、課税台帳、個人番号による地方税関係情報等)の情報を石巻市の関係職員が閲覧すること、取得することに

同意します。

同意しません。

※同意しない場合、別途税証明書等の添付が必要となります。

※太枠内をご記入ください。

	受給者		配偶者	
フリガナ				
氏名				
生年月日	年 月 日		年 月 日	
子どもとの続柄	父・母・その他()		父・母・その他()	
住所			<input type="checkbox"/> 受給者に同じ	
本年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他(市区町村まで記入)		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他(市区町村まで記入)	
前年1月1日の住所地	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他(市区町村まで記入)		<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他(市区町村まで記入)	
個人番号				
<small>※対象となる子どもが小学校就学前の場合、本年または前年1月1日の住所地が石巻市以外の方のみ記入</small>				
対象となる子ども				
フリガナ			生年月日	年 月 日
氏名				
住所	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 配偶者に同じ	
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 添付の保険証写し		<input type="checkbox"/> その他(下欄に記入)	
	被保険者氏名		保険者名称	<input type="checkbox"/> 石巻市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会()支部 <input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> ()共済組合 <input type="checkbox"/> ()国保組合 <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 船員保険部 <input type="checkbox"/> その他()
	記号番号			
保険者コード				

【石巻市記入欄】

異動事由	
<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 受給者変更
年 月 日	年 月 日
<input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> その他
年 月 日	年 月 日
子ども	
受給者	
受給者番号	
備考	

保険証写し添付位置