

記入例

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 **石巻 太郎**
 電話番号 **080-xxxx-xxxx**

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	イシノマキ タロウ	イシノマキ ハナコ
氏 名	石巻 太郎	石巻 花子
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	石巻市〇〇×番×号	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ
本年1月1日の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 (市区町村まで記入)	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他 (市区町村まで記入)	<input type="checkbox"/> 同上 <input checked="" type="checkbox"/> その他 〇〇県△△市 (市区町村まで記入)
個人番号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

対象となる子ども

フリガナ	イシノマキ イチロウ	生年月日	□ 年 △ 月 ○ 日
氏 名	石巻 一郎		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		

対象となるお子様が小学校就学前の場合、本年または前年の1月1日に石巻市に住所がない方は、個人番号を記入し、①または②を添付してください。

① マイナンバーカード両面写し
 ② 通知カード（個人番号入り住民票写し可）及び顔写真付き身分証明書

【石巻市記入欄】

異 動 事 由	
<input type="checkbox"/> 出生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者変更 年 月 日
<input type="checkbox"/> 転入 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他 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

お子様の健康保険証写しを添付