

様式第1号(第3条、第5条関係)

年 月 日

黒石市長 様

保護者	住 所	
	氏 名	
	個人番号	
	電話番号	

黒石市子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書

黒石市子ども医療費給付条例第4条の規定により下記のとおり申請します。

なお、当該申請及び以降の資格更新に当たり、受給資格の審査のため必要があるときは、私の所得課税状況及びこの申請書の記載内容について、市が現有公簿により確認し、又は他の官公署に照会し、その報告を求めることに同意します。

記

給付 対象者	氏 名	生 年 月 日	続 柄
	氏 名	生 年 月 日	続 柄

加入 保険	保険の種類	保 険 者	付加給付 の有無	記号・番号

金融機関名		支 店 名	
預 金 種 目	普通・当座	口座番号	
口座名義人	(フリガナ)		

受給資格証番号	黒石市第	号
---------	------	---

(この欄には記入しないでください。)