

記載例

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	黒石市大字市ノ町11-1
	氏 名	黒石 康
	個人番号	111 222 333 ※更新時不要
	電話番号	0172-52-2111

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
	黒石 華子	○年 ○月 ○日	子
	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
	社 保 国 保 共 済	〇〇健康保険協会 〇〇支部	社保と国保は無 共済は有	〇〇〇〇〇 □□□

金融機関名	〇〇銀行	支 店 名	□□支店						
預 金 種 目	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人	黒石 康 (フリガナ) クロイシ ヤスシ								

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。)

※ご記入のうえ、通帳の金融機関名、支店名、口座番号、名義人がわかる部分の写しを添付してください。