

様式第1号(第4条関係)

乳幼児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

印

乳 幼 児	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	石巻市	電話番号		
(保 給 護 者 者)	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	石巻市	乳幼児との続柄		
	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	社会保険事務所 健保組合・共済組合	
	コ ー ド	⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮ ⋮			

上記のとおり乳幼児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 \_\_\_\_\_ 印

【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、署名捺印してください。

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。

(注) 乳幼児医療費助成を受けるには、所得制限がありますので、他の市町村から転入された保護者の方は、次の区分による証明書等の添付が必要となります。

- ・ 1月から9月までに申請する場合は、前々年の所得により判定されます。

〔 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を添付してください。 〕

- ・ 更新申請及び10月以降に申請する場合は、前年の所得により判定されます。

〔 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を添付してください。 〕

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
乳幼児		転入	
受給者		受給者変更	
受給者番号		その他(更新等)	