

(提出先) 川越市長 殿

川越市こども医療費受給資格登録における
進学等による区域外居住申立書兼誓約書

1 私は、進学等のため本市の区域外に住所を有するこどもを監護し、生計を同じくしている又は生計を維持していることについて、以下のとおり申立てます。

対象となるこども	フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄	
	氏名					
	住民票の住所					
	学校等名称		在籍期間	年 月 日から 年 月 日までを予定		
	学校等住所					

2 私は、こども医療費助成を受けるにあたり、以下の事項について遵守することを誓約します。

(1) 申立内容に変更があったとき又は次のいずれかに該当したときは、速やかに届け出ます。

ア 川越市こども医療費支給に関する条例第3条第1項各号のいずれかに該当することとなったとき。

イ 対象となるこどもが住所を有する市区町村において、当該市区町村の医療費助成を受けることとなったとき。

ウ 対象となるこどもが学校等を退学したとき。

エ 保護者が対象となるこどもを監護しなくなったとき。

オ 保護者が本市の区域内に住所を有しなくなったとき。

(2) 川越市こども医療費の受給資格を喪失することとなった日以後にかかった医療費があった場合、川越市へ返還します。

年 月 日

保護者 住所
氏名

(保護者が自署しない場合は、記名押印をしてください。)