

別記様式(第3条関係)

処 理 欄	受給資格	医 療 証		
	有 無	受給者番号	認定日	年 月 日

青森市子ども医療費受給資格認定(更新)申請書

ふりがな		(生年月日)	
子ども氏名		年 月 日	
ふりがな		保 険 種 別	1 協会けんぽ 4 国保 2 健保組合 5 国保組合 3 共済 6 その他
子どもの 加入医療保険の 被保険者氏名			
ふりがな		(生年月日)	
保護者氏名	父 他 母	年 月 日	
子どもとの 生活状況	1 同居 2 別居(理由: 単身赴任 その他)		
医療費振込 金融機関名	金融機関名	口座番号	
	支店名	口座名義	
<p>上記のとおり、子ども医療費受給資格認定(更新)を申請します。 なお、当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、保護者の所得及び課税状況を確認することについて (同意します。 同意しません。) また、当該受給資格を取得した場合であって、毎年8月1日の資格更新に当たり、保護者の所得及び課税状況を確認することにより、翌年度以降も受給資格があると認定したときは、当該受給者証等の交付について (希望します。 希望しません。)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>青 森 市 長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者住所</p> <p style="text-align: right;">連 絡 先</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>			

受 付	確 認	備 考		
		入 力	児童手当	重 度