

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書

マイナ保険証の方又は令和6年1月2日以降に市外から転入された方は、個人番号をご記入ください。

ふ り が な	あおもり じろう	(生 年 月 日)
子 ども 氏 名	青 森 次 郎	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

子ども個人番号													
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

国保の場合、世帯主氏名をご記入ください。

が な	あおもり たろう	保 険 種 別	1 協会けんぽ ④ 国保 2 健保組合 5 国保組合
療 保 険 の 被 保 険 者 氏 名	青 森 太 郎		

中学校3年生までの保護者で令和6年1月1日時点において青森市外に住民票のあった方は、個人番号をご記入ください。

ふ り が な	あおもり たろう	(生 年 月 日)
保 護 者 氏 名	青 森 太 郎	④ 父 他 母 平 行

保護者は、加入医療保険の被保険者となります。両親ともに国保加入の場合は、所得の高い方をご記入ください。

番 号													
と の 状 況	① 同居 2. 別 居 (理 由 : 単 身 赴 任 そ の 他)												

支店番号もご記入ください。

金 融 機 関 名	金融機関名	口座番号
	青い森銀行	0 1 2 3 4 5 6
支 店 名	支 店 名	口座名義
	青い森支店 0 0 1	アオモリ タロウ

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・課税状況及び子の医療保険資格情報について、公簿等により確認すること又は個人番号(マイナンバー)の使用により情報を取得することについて同意します。

年 月 日

青 森 市 長 様

申請者住所 青森市新町1丁目3番7号
連 絡 先 0 9 0 - 〇 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇
申請者氏名 青 森 太 郎

受 付	確 認	備 考		
		入 力	児童手当	重 度