

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	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 △△月 ××日
ふ り 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 3 共済 6 その他
子どもの加入医療保険の被保険者氏名	青森 太郎		
ふ り が な	あおもり たろう	(生年月日)	
保護者氏名	青森 太郎 父 他 母	平成〇〇年 △△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	
	青い森銀行	0 1 2 3 4 5 6	
支店名	支店番号を記入します。	口座名義	
青い森支店	0 0 0	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。 不同意の場合は、税書類の提出が必要となります。 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。)			
青 森 市 長 様		〇〇年△△月××日	
申請者住所		青森市新町1丁目3-7	
連絡先		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
申請者氏名		青森 太郎	