

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

子ども氏名	ふりがな	(生年月日)
		年 月 日 (小学生 ・ 中学生)
保護者 (被保険者) 氏 名	ふりがな	(生年月日)
	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)	
保護者の 銀行等口座	金融機関名	口座番号
	支店名	口座名義(カタカナ)

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。)

年 月 日

青 森 市 長 様

保護者住所

連絡先

保護者氏名

※

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

受付	確認	備 考		
		入力	児童手当	重 度