

※記入方法などでご不明の点がございましたら、お気軽にお問合せください。

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 次朗	〇〇年 △△月 ××日 (小学生 中学生)
保護者 (被保険者) 氏 名	ふりがな あおもり たろう	(生年月日)
	青森 太郎 父 他 母	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)	
保護者の 銀行等口座	金融機関名 青い森銀行	口座番号 1 2 3 4 5 6
	支店名 青い森支店	口座名義 (カタカナ) アオモリ タロウ

子どもが、父の
保険証に加入の
時は父、母の保
険証の時は、母
の氏名を記入

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、税書類の持参が必要です
 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。)

毎年7月末にご自宅に郵送します

〇〇年 △△月 ××日

希望しない場合は、窓口にお越しくださいの交付になります。

青 森 市 長 様

保護者住所 青森市中央1丁目22-5

連絡先 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

保護者氏名 青森 太郎 ※

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

記名押印・・・氏名を代筆又は印刷したもの + 押印