八戸市乳幼児医療費受給資格認定申請書（兼同意書）

年　　月　　日

（あて先）　八　戸　市　長

（世帯主）　住　所

フリガナ
氏　名　　?

電話（　　）

次のとおり乳幼児医療費の受給資格の認定を申請します。

登録記号番号	八戸市　第　　—　　—　　号	※太線の中を記入してください。

フリガナ 乳幼児氏名		生年月日 年　月　日	続　柄
連絡先	住　所（保護者と異なる場合のみ記入） 電話（　）		

乳幼児加入保険	保険者名称		
	保険証記号番号	記号	番号

受給資格の認定申請に係る所得要件判断のため、　　年度分の市県民税の課税資料を閲覧することに同意します。

（世帯主）　氏　名　　?

※以下の欄は、申請者が母子家庭の母である場合のみ記入してください。

年中に乳幼児の父から養育に必要な費用の支払として受けた金品等の額について、次のとおり申告します。

円

※八戸市記入欄

所得額	控除額	控除後の金額	扶養人数	基準額

□　／　転入　　□国保・社保加入
□保護者変更（旧番号　—　—　）
□扶養確認済（　　の扶養）
□再転入（旧住民ｺｰﾄﾞ　　）

受給資格 有効期間	年　月　日から 年　月　日まで

※電算入力欄

登録記号番号

入力区分　1

乳幼児住民コード

保護者住民コード

連絡先

市外局番

市内局番

番号

保険者コード

法別番号

保険者番号

被保険者氏名

保険記号番号

乳幼児保険資格取得日

受給資格証交付年月日

受給資格開始年月日