

## 八戸市子ども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

次のとおり子ども医療費の受給資格の認定を申請します。  
 受給資格の審査及び中学校卒業までの毎年度の受給資格の更新に当たり、申請者及び配偶者の課税台帳に関する情報を確認することに同意します。

受給者番号		八戸市第												号			
子ども	フリガナ																
	氏 名																
	生年月日	年 月 日						続柄									
	個人番号																
	住 所	八戸市															
申請者 (保護者)	フリガナ											生年月日					
	氏 名											印		年 月 日			
	電話番号																
	個人番号																
	住 所 (子どもと別居の場合)																
	年1月1日時点の 住所が異なる場合の住所																
配偶者	フリガナ											生年月日					
	氏 名											印		年 月 日			
	年1月1日時点の 住所が異なる場合の住所																
	個人番号																
口座	銀行	支 店		店番		種別		口座番号									
	金庫 農協	出張所					普通	口座名義									