

【記入例】

申請者は、お子さまの健康保険証の被保険者の方をご記入ください。国保の場合は、お子さまから見た父または母の、所得が高い方(生計を維持している方)になります。

八戸市子ども医療費受給資格認定申請書 (兼同意)

令和 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、申請者及び保護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 [記入不要]		号												
子ども	フリガナ	ハチノヘ サクラ														
	氏名	八戸 桜														
	生年月日	H・ R	3	年	4	月	5	続柄	子							
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	9	0	1	2				
	住所	八戸市 内丸一丁目1番1号														
申請者(保護者)	フリガナ	ハチノヘ タロウ					生年月日									
	氏名	八戸 太郎					八戸	S・ H	2			年	1	月	1	日
	電話番号	※日中連絡できる番号 43-2111										(父・ 母)				
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3			
	住所 (子どもと別居の場合)	※お子さまの住所と異なる住所の場合のみご記入ください。 また、保護者様の住所が市外の場合は個人番号も必ずご記入ください。														
	年1月1日時点の住所が異なる場合の住所	※現住所と令和2・3年1月1日時点の住所が異なる場合のみご記入ください。														
配偶者	フリガナ	ハチノヘ ハナコ					生年月日									
	氏名	八戸 花子					八戸	S・ H	3			年	2	月	2	日
	年1月1日時点の住所が異なる場合の住所	※現住所と令和2・3年1月1日時点の住所が異なる場合のみご記入ください。														
	個人番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4			
口座	銀行	支店	店番	種別	口座番号	1	2	3	4	5	6	7				
	八戸 信用金庫 八戸市庁 営業部 農協	出張所	0	0	1	普通	口座名義		ハチノヘ タロウ							

2箇所押印願います。
※スタンプ印不可

申請者(保護者)名義の口座をご記入ください。※医療費給付申請の際に使用する口座となります。

申請に必要な書類

- 八戸市子ども医療費受給資格認定申請書 ※押印箇所あり
- お子さまの保険証(写し)または健康保険被保険者資格証明書(写し)
- 保護者のマイナンバーがわかるもの ※保護者の住民登録が市外の場合のみ必要
例 マイナンバーカードの写し マイナンバーが記載された住民票の写し
- 保護者名義の金融機関普通預金口座が確認できるもの(通帳等の写し等)
- 保護者本人確認書類(運転免許証の写し等)

書類不備等で申請書を返却する場合があります。予めご了承ください。