

## 八戸市子ども医療費受給資格認定申請書（兼同意書）

令和 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あたり、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	H・R	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	S・H	年	月	日
	電話番号	※日中連絡できる番号 (父・母)											
	個人番号												
	住所 (子どもと別居の場合)												
	令和5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	S・H	年	月	日
	令和5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	普通・当座									
	信用金庫	営業部		口座名義									
	農協	出張所											

代理でお手続きされた方 ※児童の保護者とその配偶者以外の方が記入された場合のみご記入ください。

住所 氏名 (続柄)

※八戸市記入欄

(本人確認) 父・母 (□個人番号カード □通知カード □運転免許証 □その他)

## 健康保険証コピー貼り付け欄

- ・カード式の健康保険証の場合は、こちらの欄にのり等で貼り付けてください。
- ・健康保険証がカード式でない場合はこの用紙の裏面に貼り付けてください。

# 記入例

申請者は、お子さん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、お子さん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 (兼同意書)

※個人番号(マイナンバー)について  
 申請日時時点で市外に住民登録のある保護者の方は必ずご記入ください。

令和 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あたり、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) 2年4月5日					続柄	子								
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	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														
	氏名	八戸 太郎 (八戸)														
	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)	※お子さんの住所と異なる住所の場合のみご記入ください。														
	令和5年1月1日時点の住所が異なる場合の住所	※令和5年1月1日時点の住所をご記入ください。 (令和5年1月1日時点で八戸市に住所があった場合、記入は不要です。)														
配偶者	フリガナ	ハチノヘ ハナコ														
	氏名	八戸 花子 (八戸)														
	令和5年1月1日時点の住所が異なる場合の住所	※令和5年1月1日時点の住所をご記入ください。 (令和5年1月1日時点で八戸市に住所があった場合、記入は不要です。)														
	個人番号	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4			
口座	銀行	八戸 信用金庫		支店	八戸市庁 営業部		店番	普通 当座		0	1	2	3	4	5	6
	農協	八戸市庁 出張所		0	0	1	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)名義の口座情報をご記入ください。

