第１号様式（第２条、第４条関係）

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子どもが18歳に達する日以後の最初の３月31日までの毎年度の受給資格証の更新に当たり、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			
加入保険	記号番号(枝番)	記号	番号	枝番	
	被保険者氏名	（続柄　　）			
	認定年月日	年　　月　　日	保険者名称		
申請者（保護者）	フリガナ		生年月日		
	氏名	印	年　　月　　日		
	電話番号	父・母　※日中連絡できる番号 （　　―　　―　　）	配偶者の有無	有・無	
	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				
口座	銀行 金庫 農協	支店 出張所	店番	種別	口座番号
				普通	口座名義
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				