

子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書

令和 年 月 日

十和田市長 様

十和田市子ども医療費給付条例第4条の規定により、下記のとおり申請します。
 医療機関等において診療に係る現物支給を受けた場合、その医療機関等が現物支給した範囲内において、直接十和田市に請求することを委任します。

保護者 (申請者)	ふりがな 氏名	(子どもの 父 ・ 母 ・)			配偶者	ふりがな 氏名	(子どもの 父 ・ 母 ・)				
	生年月日	昭和・平成	年	月		日	生年月日	昭和・平成	年	月	日
	住所					住所	<input type="checkbox"/> 左記と同じ				
電話番号		(子どもの 父 ・ 母 ・)									
子ども	ふりがな 氏名	年齢	未就 学児	生年月日			住所				
		歳	<input type="checkbox"/>	昭和 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 保護者（申請者）の住所と同じ			
		歳	<input type="checkbox"/>	昭和 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ			
		歳	<input type="checkbox"/>	昭和 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ			
		歳	<input type="checkbox"/>	昭和 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ			



(子どもが未就学児の場合は下欄内にも記入してください。)

受給資格の認定及び更新にあたり、地方税関係情報について、公簿等により確認し、または個人番号(マイナンバー)の使用により情報を取得することに同意します。

同意署名(父) _____ ※本人が自署しない場合は押印が必要です

同意署名(母) _____ ※本人が自署しない場合は押印が必要です

※以下の①又は②については、該当する場合のみ記入してください。

	① 今年の1月1日の住所 ※十和田市以外の場合	② 昨年の1月1日の住所 ※十和田市以外の場合	保護者個人番号 ※①又は②を記入した場合
父	都道府県 市区町村	宮城 都道府県 仙台 市区町村	
母	都道府県 市区町村	都道府県 市区町村	

加入 保険	保険の種類					保 険 者	記号・番号	付加給付有無
	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 協会	<input type="checkbox"/> 組合	<input type="checkbox"/> 共済	<input type="checkbox"/> 他			
								有・無

・添付書類 子どもの保険証の写し

確認	発行	受付	<input type="checkbox"/> 出生 (/)	<input type="checkbox"/> 保険証	<input type="checkbox"/> 口座	<input type="checkbox"/> 同意書	<input type="checkbox"/> 引換券
			<input type="checkbox"/> 転入 (/)	受領年月日		年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 新規 (/)	受領者			