

子ども福祉医療費受給者証交付申請書

年 月 日

(宛先)秋田市長

子ども福祉医療費受給者証の交付について、次の事項に同意のうえ申請します。

- 受給者に該当する場合は、以後の自動更新に同意します。
- 市長が、受給資格に係る子どもおよび保護者等に関する事項について、公簿等(マイナンバー制度による情報連携を含む。)により確認することに同意します。

申請者(保護者等①)	フリガナ 氏名		生年月日	子どもから見た続柄	連絡先
			年 月 日		自宅 携帯 - - - -
	住所	〒 -			
	本年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 本市	<input type="checkbox"/> 本市以外 (都道府県	市区町村)
	昨年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 本市	<input type="checkbox"/> 本市以外 (都道府県	市区町村)
保護者等②(上記以外)	フリガナ 氏名		生年月日	子どもから見た続柄	同居の有無
			年 月 日		<input type="checkbox"/> 申請者と同居している <input type="checkbox"/> 申請者と別居している(※) ※所得確認のため、委任状が必要です
	住所	〒 -			
	本年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 本市	<input type="checkbox"/> 本市以外 (都道府県	市区町村)
	昨年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 本市	<input type="checkbox"/> 本市以外 (都道府県	市区町村)
子ども	フリガナ 氏名		生年月日	住所	
			年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
添付書類	申請するにあたり、次の書類を合わせて提出してください。 ※必要に応じてその他の書類の提出を求める場合があります。				
	<input type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類の写し(マイナンバーカード、運転免許証など)				
	<input type="checkbox"/> 子どもの健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 所得確認のための委任状(申請者とその配偶者が同居している場合は不要)				

処理欄	申請事由	出生 他公費喪失 転入 申請による新規		自己負担	有・無	世帯所得区分	課・非	住民番号	
	区分	0歳・未就学児・小学生 中学生・高校生等						制度番号	74・80
	兄弟	有・無	①		②			③	
	特記事項								
	子福・市民課 西部・北部・南部・駅東 河辺・雄和	判定結果	承認	交付日	/	受付者	確認者	子福①	子福②
		不承認	通知日	/					