

# 子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書

五所川原市子ども医療費給付条例(平成17年五所川原市条例110号)第4条の規定により申請します。

五所川原市長

申請日: 令和 年 月 日

住所	五所川原市							
電話番号	— — (父・母)							
保護者	フリガナ				今年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 上記住所地と同じ		
	父氏名				前年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 上記住所地と同じ		
	生年月日	昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上記住所地と同じ		
	個人番号	平成	年	月	日			
	フリガナ				今年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 上記住所地と同じ		
	母氏名				前年1月1日時点の住所地	<input type="checkbox"/> 上記住所地と同じ		
生年月日	昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上記住所地と同じ			
個人番号	平成	年	月	日				
対象児童	フリガナ				加入医療保険情報(写しを添付)	区分	社保・国保	
	氏名					記号番号		
	生年月日	平成	年	月		日	区分	社保・国保
	フリガナ					記号番号		
	氏名					区分	社保・国保	
	生年月日	平成	年	月		日	記号番号	
フリガナ				区分	社保・国保			
氏名				記号番号				
生年月日	平成	年	月	日				

## 同意書

当該申請及び毎年度の資格更新に当たり、保護者の受給資格の審査に際し、必要な地方税関係情報及び医療保険給付関係情報について、公簿等(マイナンバーによる情報連携を含む)によって確認することに同意します。  
 ※ 同意が得られない場合は、所得証明書等の提出が必要になります。

同意者氏名:

### ※職員記入欄

事由	出生・転入・更新・新規
有効期限	令和 年 月 日 から
	令和 年 月 日 まで
備考	.....

区分	未就学児(下記記入) ・ 小中学生(斜線)					
判定	父 ・ 母					
所得額	-100,000= 円					R7
扶養者	控配	特	老	他	少	計
控除額	雑損	円	医療	円		該当
	小企	円	寡婦	270,000円		
	障害	270,000円	ひ親	350,000円		非該当
	特障	400,000円	勤学	270,000円		

窓口受付	証交付	入力	確認	交付方法	交付年月日	本人確認
				窓口交付 ・ 郵送		マイナンバーカード 運転免許証 その他( )