

様式第1号（第2条、第4条関係）

むつ市子ども医療費受給資格証交付（更新）申請書（兼同意書）

（あて先）むつ市長

むつ市子ども医療費給付条例第4条第1項の規定により下記のとおり申請します。

申請日		年 月 日				
子ども	フリガナ				未就学児（__歳）	
	氏 名				小学生 中学生	
	生年月日	年 月 日			中学校修了後	
	住 所					
	加入保険	保険者番号				
保険者名称						
記号・番号						
保護者 （申請者）	フリガナ				生年 月日	年 月 日
	氏 名	(子どもの父・母・)				
	住 所	(子どもと別居の場合に記入してください)				
連絡先電話番号		(子どもの父・母・自宅・)				
1. 受給資格の審査及び更新に当たり、この申請書の記載情報について、公簿により確認することに同意します。						
2. 子どもが未就学児の場合、受給資格の審査及び更新に当たり、地方税関係情報について、公簿により確認し、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。						
保護者（申請者）氏名 _____						
※本人が自署しない場合は押印が必要です。						

（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）

① 保護者の_____年1月1日時点の住所地 ※1～6月に申請の場合は前年、 7～12月に申請の場合は本年	(むつ市以外の場合に記入してください) 都 道 市 区 府 県 町 村
② 保護者の_____年1月1日時点の住所地 ※1～6月に申請の場合は前々年、 7～12月に申請の場合は前年	(むつ市以外の場合に記入してください) 都 道 市 区 府 県 町 村
保護者個人番号 ※①または②がむつ市以外の場合	

市処理欄

事由該当日 ()

申請事由 出生 転入 更新 生保廃止 制度切替 保護者変更 その他

添付書類 保険証の写し 本人確認書類

受給資格番号 _____