

# 子ども医療費受給者証交付（更新）申請書

令和 年 月 日

一関市長 様

次のとおり医療費受給者証の交付(更新)を申請します。

また、市長が一関市子ども、妊産婦及び重度心身障がい者医療費給付規則に関する事務処理のために限って受給者、保護者、配偶者及び他監護者の地方税関係情報及び医療保険情報を取得することに同意します（一関市個人番号の利用及び特定個人情報の提供に関する条例第4条に基づき、個人番号を利用して地方税関係情報及び医療保険情報を取得する場合があります）。

申請事由		<input type="checkbox"/> 出生（妊産婦：09 - - - -） <input type="checkbox"/> 転入（転入日：R 年 月 日） <input type="checkbox"/> その他	
保護者	(主たる生計維持者) 保護者(申請者)	(ふりがな) 氏名	個人番号 生年月日 S・H 年 月 日
		住所 TEL ( - - )	受給者との続柄
	転入又は市外在住	本年1月1日時点の住所地 昨年1月1日時点の住所地	受給者との続柄
	配偶者(又は他監護者) <input type="checkbox"/> 配偶者なし	(ふりがな) 氏名	個人番号 生年月日 S・H 年 月 日
住所 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		受給者との続柄	
受給者	(ふりがな) 氏名	生年月日 H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
		住所	<input type="checkbox"/> 保護者・配偶者と同じ
	(ふりがな) 氏名	生年月日 H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
		住所	<input type="checkbox"/> 保護者・配偶者と同じ
	(ふりがな) 氏名	生年月日 H・R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高
		住所	<input type="checkbox"/> 保護者・配偶者と同じ
加入医療保険	被保険者氏名	記号番号	
	保険者番号	資格取得年月日 H・R 年 月 日	
振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・労働金庫	本店支店出張所 預金種別 普通・当座
	口座番号	(カタカナ) 口座名義人	

受付	本・花・大・千・東・室・川・藤	担当	
----	-----------------	----	--