様式第１号（第２条第１項、第４条第１項関係）

弘前市子ども医療費受給資格認定（更新）申請書

弘前市子ども医療費給付条例第４条第１項（弘前市子ども医療費給付条例施行規則第４条第１項）の規定に基づき受給資格の認定（更新）を受けたいので、同項の規定により申請します。

給付対象者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	平成 令和　　年　　月　　日	保護者電話番号	
保護者	フリガナ			個人番号
	氏名			
保険種別				

下記内容について同意又は委任します。

１．私及び私の世帯員等の所得額、課税額、扶養状況、納付状況、居住状況等の住民情報及び医療保険加入状況について、弘前市が保有する公簿により調査すること、および個人番号（マイナンバー）の使用により情報を取得すること。

２．医療機関で現物給付を受けることについて、診療を受けた医療機関、青森県国民健康保険団体連合会および社会保険診療報酬支払基金が、弘前市に医療費を直接請求すること。

３．給付分について、弘前市が私の加入する医療保険に療養費（付加給付金）・高額療養費・高額介護合算療養費等を調査すること、当該療養費等が支給されるときは、弘前市に返納すること。

令和　　年　月　日

弘前市長　様

申請者　住所

氏名　　※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

配偶者　氏名　　個人番号

被保険者　氏名　　※

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

（担当及び提出先：健康こども部こども家庭課）

市処理欄

申請事由　出生・転入・その他

不備書類　□個人番号（父・母）