

養育医療給付申請書

富田林市長 様

年 月 日

申請者（扶養義務者）

住 所 〒 _____

氏 名 _____

個人番号 _____

電話番号 _____（ ） _____

続 柄 本人（受療者）の _____

別紙関係書類を添えて、下記のとおり養育医療の給付を申請します。

私及び私の世帯員は、富田林市が母子保健法（昭和40年法律第141号）第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って_____年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

また、本申請に関する情報を、下記医療機関に提供することに同意します。

本人 (受療者)	フリガナ				性別	生年月日								
	氏名				男・女	年 月 日								
	住所				個人番号									
	現在地 (入院先住所)													
被保険者証の 記号及び番号	記号		番号		社保	保険者								
					国保	番号								
保険者名称														
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地														
備考														

同意者

氏名	住所	
		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
		<input type="checkbox"/> 申請者と同居

備考

- 申請者欄及び太枠内を記入してください。
- 被保険者証の記号及び番号は、必ず被保険者証を参照の上記載してください。
- 同意者欄は、同意する者が自ら署名をしてください。
- 代理人が同意書に署名する場合、本人の委任状を添付してください。