

別記様式第1号（第4条関係）

（表）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名			個人番号	
	住所地 (住民票所在地)	〒			
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	氏名		本人との続柄		
	居住地	〒			
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関	名称				
	所在地	(本人現在地と同じ場合は省略可)			
備考					
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>本人との続柄</p> <p>連絡先(電話番号)</p> <p>年 月 日</p> <p>木津川市長 宛て</p>					
申請受付年月日			決定年月日		

記載上の注意

- ・「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在所在している住所を記入してください。帰省等をしている場合は帰省先等を記入してください。

(裏)

給付申請を行うにあたり、受給者負担額算定のために必要となる個人情報を木津川市が参照・確認することについて同意します。

扶養義務者	氏名		個人番号	表面申請書記載のとおり																		
	生年月日																					
	住所	表面申請書記載のとおり																				
同意者	氏名		個人番号																			
	生年月日																					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																				
同意者	氏名		個人番号																			
	生年月日																					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																				
同意者	氏名		個人番号																			
	生年月日																					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																				
同意者	氏名		個人番号																			
	生年月日																					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																				
同意者	氏名		個人番号																			
	生年月日																					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ																				

記載上の注意

- ・同意者が自ら署名してください。
- ・代理人が署名する場合は、委任状を添付してください。
- ・同意者の住所が申請者と同じ場合は、住所の記載を省略できます。□に「レ」を記入してください。
- ・個人番号の確認のために、個人番号カード等を提示してください。