

別記様式第 1 号（第 4 条関係）

（表）

| 養育医療給付申請書                      |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|----------------------|-------|-------------------|--|---------|------|-------|--|--|--|--|--|
| 本人<br>（受療者）                    | ふりがな                 |       |                   |  | 男・女     | 生年月日 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |
|                                | 氏 名                  |       |                   |  |         | 個人番号 |       |  |  |  |  |  |
|                                | 住 所 地<br>（住民票所在地）    |       | 〒                 |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
|                                | 現 在 地<br>（住所地と異なる場合） |       | 〒                 |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 扶養義務者                          | ふりがな                 |       |                   |  | 本人との続柄  |      |       |  |  |  |  |  |
|                                | 氏 名                  |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
|                                | 居 住 地                |       | 〒                 |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
|                                | 電 話 番 号              |       |                   |  |         | 個人番号 |       |  |  |  |  |  |
| 医療保険各法の記号及び番号                  |                      |       |                   |  | 保険者等の名称 |      |       |  |  |  |  |  |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地           |                      | 名 称   |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
|                                |                      | 所 在 地 | (本人現在地と同じ場合は省略可能) |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 備 考                            |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 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。 |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 申請者住所                          |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 申請者氏名                          |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 本人との続柄                         |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 連絡先(電話番号)                      |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                          |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 木津川市長 宛て                       |                      |       |                   |  |         |      |       |  |  |  |  |  |
| 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<br>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 |      |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。