

別記様式第1号（第4条関係）

(表)

養育医療給付申請書					
本人 (受療者)	ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年　月　日
	氏名			個人番号	
扶養義務者	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	ふりがな		本人との 続柄		
	氏名				
扶養義務者	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 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。