

(表)

年 月 日

(あて先) 京田辺市長

申請者 (保護者) 住所 _____
氏名 _____
本人との続柄 _____
電話番号 _____

養育医療給付申請書

京田辺市未熟児養育医療給付要綱第3条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり養育医療の給付を申請します。また、指定養育医療機関等の関係機関に対して、京田辺市が本申請に係る照会や情報提供を行うことに同意します。

本人 (受療者)	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号				
	住所地 (住民票所在地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
	現在地 (住所地と異なる場合)				
	所有している 受給者証	<input type="checkbox"/> 子育て支援医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 福祉医療費受給者証			
扶養義務者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	個人番号				
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号			
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の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
備考					

委任状	<p>私は、次の事項に関する一切の権限を京田辺市長に委任します。</p> <ul style="list-style-type: none">子育て支援医療費及び福祉医療費（以下「子育て支援医療費等」という。）の請求及びその受領受領した子育て支援医療費等を、母子保健法第21条の4第1項の規定による未熟児養育医療の給付に係る自己負担金として充当すること。 <p>年 月 日 申請者氏名 _____ 受療者氏名 _____</p>
-----	---

(裏)

同意書

下記の者は、京田辺市が母子保健法第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、地方税関係情報等の個人情報を取得することに同意します。

記

同意者	氏名		本人（受療者） との続柄	
	生年月日			
	住所	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ		
同意者	氏名		本人（受療者） との続柄	
	生年月日			
	住所	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ		
同意者	氏名		本人（受療者） との続柄	
	生年月日			
	住所	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ		
同意者	氏名		本人（受療者） との続柄	
	生年月日			
	住所	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ		
同意者	氏名		本人（受療者） との続柄	
	生年月日			
	住所	<input type="checkbox"/> 表面の申請者と同じ		

記載上の注意

- 1 同意者が自ら署名してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、同意者本人からの委任状を添付してください。
- 3 同意者の住所が、申請書表面の申請者と同じ場合は、住所の記載を省略できます。
にレ点を記入してください。