

(表)

始 良 市 養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	フリガナ 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号 始良市			
	現 在 地 (入院先)	郵便番号	個人番号		
扶 養 義 務 者	フリガナ 氏 名		本人との 続柄		
	居 住 地 (住所)	郵便番号			
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の 記号及び番号	記号 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。					
年 月 日					
申請者住所					
本人との続柄					
フリガナ 申請者氏名					
生年月日 年 月 日					
始良市長 殿					
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

《市職員記入欄》

本人確認済

(裏)

同意書

下記の者は、始良市の健康増進課が始良市養育医療給付実施規則に基づく養育医療の給付又は養育医療に要する費用の支給に関する事務処理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。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

記

同意者	申請者との 続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との 続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との 続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略することができる。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。