

養育医療給付申請書

(申請者記入)

本人 (受療者)	ふりがな		性別	生 年 月 日			
	氏 名		男・女	令和 年 月 日			
	住 所 地		個人 番号				
	現 住 地 (入院先住所)						
被保険者証等の 記号 及び 番号	社保	記号		番号		保険者番号	
		保険者名称					
	国保	記号		番号		保険者番号	
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地							
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（扶養義務者）</p> <p>申請者住所 〒 _____</p> <p>電話番号 _____ 個人番号 _____</p> <p>続 柄 本人の _____</p> <p>(ふりがな)</p> <p>申請者氏名 _____ ㊞ (自署の場合は押印不要)</p> <p>申請者生年月日 昭和 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生</p> <p>令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p>柏 原 市 長 様</p>							
申請受付年月日					決定年月日		

記載上の注意

- ・被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参照の上記載してください。
- ・「住所地」の欄は、住民票の住所を記入してください。
- ・「現住地」の欄は、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。
- ・同意欄は裏面のとおりですので、申請者及び同意が必要な方がいる場合は必ず同意をもらってください。

同 意 欄

本人（受領者）及び保護者（申請者）は、別紙関係書類を添えて養育医療の給付を申請します。なお、本医療費の助成資格を受けるにあたり、柏原市健康福祉課が住民基本台帳、市民税課税台帳、健康保険などについて、各関係機関に対し、調査及び照会することを承諾します。

また、未熟児養育医療給付自己負担金の決定にあたり、子ども医療費助成制度、ひとり親家庭医療制度又は障害者医療助成制度について、担当部署に調査及び照会すること並びに未熟児養育医療に係る助成金の受領に係る一切の権限を委任することに同意します。

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すること。
- 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してもよい。
- 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。