

（表）

| 養育医療給付申請書                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |                                                                   |         |                  |      |   |   |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------|---------|------------------|------|---|---|---|
| 本人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ふりがな |                                                                   | 男・女     | 生年月日             | 令和   | 年 | 月 | 日 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 氏名   |                                                                   |         | 個人番号             |      |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住所地  | 春日部市                                                              |         |                  |      |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 現在地  | <input type="checkbox"/> 指定養育医療機関に入院中 <input type="checkbox"/> 同上 |         |                  |      |   |   |   |
| 扶養義務者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ふりがな |                                                                   | 本人との続柄  | 父・母<br>(       ) | 職業   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 氏名   |                                                                   |         | 電話番号             |      |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 居住地  | <input type="checkbox"/> 同上                                       |         |                  | 個人番号 |   |   |   |
| 被保険者等の<br>記号及び番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                   | 保険者等の名称 |                  |      |   |   |   |
| 希望する指定養育<br>医療機関の名称<br>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 style="text-align: right;">令和    年    月    日</p> <p>春日部市長    あて</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"><div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">申請者 住所</div><div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;">(    <input type="checkbox"/>同上    )</div></div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">氏名（自署又は記名押印）</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">本人との続柄    父・母（       ）</p> |      |                                                                   |         |                  |      |   |   |   |

|       |                                                                    |
|-------|--------------------------------------------------------------------|
| 職員記入欄 | <b>加入保険情報の確認方法</b>                                                 |
|       | <input type="checkbox"/> 加入保険情報書類のコピー（資格確認書・資格情報のお知らせ・健康保険証※有効期限内） |
|       | <input type="checkbox"/> マイナポータル画面の目視確認 >> 確認者2名（       ）（       ） |
|       | <input type="checkbox"/> 国保資格画面のコピー                                |
|       | <input type="checkbox"/> 後日提出                                      |

(裏)

令和 年 月 日

同 意 書

- ① 養育医療の給付申請の決定に当たり、対象者の身体状況及び世帯構成並びに下記の者の税情報について、関係部署に調査、照会又は閲覧することに同意します。
- ② 乳幼児健康診査や予防接種等の母子保健サービスをスムーズに利用できるように、母子保健サービスを担当する部署に今回の養育医療の申請の内容について情報提供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。

|      |  |              |                                         |
|------|--|--------------|-----------------------------------------|
| ふりがな |  | 生 年 月 日      | S・H 年 月 日                               |
| 氏 名  |  | 対象者との<br>続 柄 | 父 ・ 母<br>( )                            |
| 住 所  |  |              | 対 象 者 と<br>同 居 <input type="checkbox"/> |

|      |  |              |                                         |
|------|--|--------------|-----------------------------------------|
| ふりがな |  | 生 年 月 日      | S・H 年 月 日                               |
| 氏 名  |  | 対象者との<br>続 柄 | 父 ・ 母<br>( )                            |
| 住 所  |  |              | 対 象 者 と<br>同 居 <input type="checkbox"/> |

|      |  |              |                                         |
|------|--|--------------|-----------------------------------------|
| ふりがな |  | 生 年 月 日      | S・H 年 月 日                               |
| 氏 名  |  | 対象者との<br>続 柄 | 父 ・ 母<br>( )                            |
| 住 所  |  |              | 対 象 者 と<br>同 居 <input type="checkbox"/> |

|      |  |              |                                         |
|------|--|--------------|-----------------------------------------|
| ふりがな |  | 生 年 月 日      | S・H 年 月 日                               |
| 氏 名  |  | 対象者との<br>続 柄 | 父 ・ 母<br>( )                            |
| 住 所  |  |              | 対 象 者 と<br>同 居 <input type="checkbox"/> |

※記載にあたって

- 1 同意する方が自ら署名してください。
- 2 代理人が署名する場合は、本人からの委任状が必要です。
- 3 申請書等に同意が必要な方の住所を記入している場合は、同意書への住所の記入を省略してもかまいません。
- 4 同意が必要な方の数が署名欄より多い場合は、欄外に記載しても差し支えありません。