

養育医療給付申請書兼同意書

| | | | | | | | | |
|--|------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------|
| 本人 | <small>ふりがな</small> | | | 男・女 | 令和 年 月 日生 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| 扶養義務者 | <small>ふりがな</small> | | | 男・女 | 昭和 平成 年 月 日生 令和 | | | <small>本人との続柄</small> |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 本人と異なる (〒 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>) | | | | | | |
| | 電話番号 | - - | <small>本人との続柄 (携帯電話の場合)</small> | その他、日中 に連絡のつく 電話番号 | - - | <small>本人との続柄 (携帯電話の場合)</small> | | |
| 加入医療保険 | 記号 | | | 番号 | | | | |
| | 保険者名 | | | | | | | |
| | 保険者番号 | | | | | | | |
| 医療機関名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| 生活保護の状況 | 受給している ・ 受給していない | | | | | | | |
| <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>なお、費用の徴収額を決定するため、<u>番号制度における情報連携が必要であることから、私及び私の世帯員(同一生計人、扶養義務者等)</u>に係る地方税関係情報の確認を同意します。</p> <p>また、子ども医療助成制度又はひとり親家庭医療費助成制度の対象者である場合、養育医療の自己負担金から子ども医療助成又はひとり親家庭医療費助成の助成額を差し引くため、子ども医療助成又はひとり親家庭医療費助成に係る所定の申請権限を高槻市長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>申請者 氏名： _____</p> <p>本人との続柄： _____</p> <p>住所： <input type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 本人と異なる 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(あて先) 高槻市長</p> | | | | | | | | |
| <本市記入欄> | | | | | | | | |