

## 養育医療給付申請書

本人 (受療者)	ふりがな	なとり はなこ	男 ● 女	生年月日	平成 令和	2年7月1日
	氏名	名取 はなこ				
	住所 (住民票所在地)	郵便番号 名取市 981-1224 増田字柳田244		個人番号		1111 1111 1111
現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号 982-8501 仙台市太白区八木山本町〇丁目△-□				仙台〇△総合病院	
扶養 義務 者	ふりがな	なとり たろう	本人との 続柄			父
	氏名	名取 太郎				
	居住地	郵便番号 980-0014 仙台市青葉区本町3-8-1				
電話番号	022-234-5678		個人番号		1111 1111 1122	
医療保険各法の 記号及び番号	記号	み名A123	番号		9876	
保険者の名称	〇△健康保険組合					
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>	本人現在地と同じ					
備考						

同意欄	下記の者は、名取市保健センターが養育医療の事務手続きを処理するため、次のことについて調査及び委任することに同意します。(扶養義務者全員がそれぞれ署名してください。)					
	①地方税関係情報の調査(令和 2 年度分) ※診療月が1～6月の場合、前々年の所得に基づく前年度の税額を、7～12月の場合、前年の所得に基づく当該年度の税額を調査するものです。					
	②子ども医療受給の調査					
	③子ども医療受給の場合、徴収基準額分の振込を、名取市へ委任すること。					
	本人との 続柄	父	ふりがな	なとり たろう	生年月日	S60.1.1
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 本人住所と異なる	氏名	名取 太郎		
	本人との 続柄	母	ふりがな	なとり ももか	生年月日	H3.3.3
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 本人住所と異なる	氏名	名取 ももか		
	本人との 続柄		ふりがな		生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 本人住所と異なる	氏名			

同意欄	本人との続柄	ふりがな		生年月日	
		氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 本人住所と異なる			
	本人との続柄	ふりがな		生年月日	
		氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 本人住所と同じ <input type="checkbox"/> 本人住所と異なる			

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。

令和2年7月10日

申請者住所 郵便番号 981-1224  
 名取市 増田字柳田244  
 申請者氏名 名取 太郎  
 (自署)  
 本人との続柄 父  
 電話番号 022-382-2456

名取市長 あて

申請受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
---------	----------	-------	----------

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」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。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。