

養育医療給付申請書

(宛先)

秦野市副市長

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

また、申請に当たり、秦野市が次の事項を行うことについて同意します。

- 1 公簿等により、小児医療助成費受給資格を確認すること。
- 2 申請者に代わって、未熟児養育医療の給付に伴う母子保健法第21条の4に規定する自己負担額に、秦野市小児医療費助成制度による助成費を充当すること。
- 3 この申請による個人情報を、未熟児訪問指導事業及び養育支援事業のために使用すること。
- 4 この申請に係る事務手続を処理するために限って、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第7号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して\_\_\_\_\_年度の地方税関係情報について取得すること。

扶養義務者

申請者 郵便番号

住所

氏名

電話番号

**※申請者以外に扶養義務者がいる場合は裏面に署名してください。**

公費負担者番号	2	3	1	4	6	1	3	7	※太枠の中のみ御記入ください
公費負担医療の受給者番号									

本人 (お子さん)	ふりがな氏名		男・女	生年月日	
	個人番号				
	住所				
	出生時の体重				
申請者	ふりがな氏名		本人との続柄		
	個人番号				
被保険者証等の記号及び番号	保険者番号				
	保険者				
医療機関 (病院・診療所)	名称				
	所在地(郵便番号)				
	電話番号				

年 月 日

## 同意書

(宛先)

秦野市副市長

養育医療の給付申請に当たり、秦野市が次の事項を行うことについて同意します。

- 1 この申請による個人情報、未熟児訪問指導事業及び養育支援事業のために使用すること。
- 2 この申請に係る事務手続を処理するために限って、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第7号の規定に基づき、情報提供ネットワークシステムを使用して\_\_\_\_年度の地方税関係情報について取得すること。

同意者	本人との続柄	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	本人との続柄	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	本人との続柄	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	本人との続柄	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

備考

- 1 同意する方が自ら署名してください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人の委任状を添付してください。
- 3 同意者の住所が申請者と同一の場合は、同意者の住所の記入は省略してかまいません。