第１号様式（第４条関係）

|  |
| --- |
|  |
| 乳　　児 | フリガナ |  | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |
|
| 住　　所 |  | 個人番号 |  |
| 被保険者証の記号及び番号 |  | 保険者等の名称 |  |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 備　　　　　考 |  |
| 養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第９条第１項及び流山市未熟児養育医療の給付に関する規則第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。申請に当たり、未熟児養育医療自己負担金の算定に必要な住民税の課税状況（その基礎となる所得を含む。）、健康保険証の資格及び住民票の記載事項を貴職が公簿・個人番号による照会等で確認することに同意します。また、母子保健法第２１条の４第１項に基づく未熟児養育医療費の自己負担金の額の範囲内における流山市子ども医療費助成の請求行為及びその受領に関する一切の権限を流山市長に委任します。　（宛先）流山市長年　　　月　　　日　　　　　　　　　　 申請者住　所 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日電　話　　　　　　（　　　　　）　　　　　　乳児との続柄　　　　　１月１日居住市町村

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

配偶者等氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　年　　月　　日　１月１日居住市町村

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

注　個人番号による照会を行う場合、必ず本人が署名すること。

職員記入欄

【１点】免・個カ・住カ（写付）・旅・在カ・身障・運経・その他（　　　　）

【２点】保・年手（証）・住カ（写無）・学証・身証（写付）・聴聞・その他（　　　　）　取扱窓口　　　受付

同　意　書

下記の者は、母子保健法施行規則第９条第１項及び流山市未熟児養育医療の給付に関する規則第４条に基づく事務手続を処理するために限って　　　　　　年度の地方税関係情報について取得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。

申請者　氏名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意者 | 住所 | * 申請者と同居
 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 1月1日の居住市町村 |  | 申請者との続柄 |  |
| 同意者 | 住所 | * 申請者と同居
 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 1月1日の居住市町村 |  | 申請者との続柄 |  |
| 同意者 | 住所 | * 申請者と同居
 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 1月1日の居住市町村 |  | 申請者との続柄 |  |

記載要領

１　同意する者が自ら署名を行うこと。

２　代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状をとること。