

第1号様式（第4条関係）

養育医療給付申請書																									
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																									
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(宛先) 流山市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">生年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">電 話 ()</p> <p style="text-align: center;">乳児との続柄 1月1日居住市町村</p> <p style="text-align: center;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p style="text-align: center;">配偶者等 氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: center;">生年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">1月1日居住市町村</p> <p style="text-align: center;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>																									

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り同意することを申し添えます。

申請者 氏名

㊟

同意者	住 所	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。