別記様式第１号（第３条関係）

養育医療給付申請書

受療者	ふりがな		生年月日	令和　　年　　月　　日
	氏名			
	住所地（住民票所在地）	□申請者に同じ	個人番号	
	現在地（住民票と異なる場合）	〒　　－		
扶養義務者	ふりがな		受療者との続柄	□申請者に同じ
	氏名	□申請者に同じ		
	居住地	□申請者に同じ 〒　　－		
	電話番号	□申請者に同じ	個人番号	
被保険者等の記号及び番号			保険者等の名称	
希望する指定医療機関の名称及び所在地	名称			
	所在地	□受療者の現在地と同じ 〒　　－		
備考				

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。

この申請において必要な場合は、私及び別紙世帯調書（別記様式第３号）に記載の者の生活保護に関する台帳、住民基本台帳及び市民税の課税状況等について、市が調査・閲覧することに同意します。また、母子保健法第２１条の４に基づく費用徴収事務に限り、情報提供ネットワークシステムを介した地方税法関係情報への照会に同意します。なお、これらの調査・閲覧について、世帯調書に記載の者の承諾を得ています。

また、市の保健担当部署へ別紙養育医療意見書（別記様式第２号）を提供すること、上記医療機関へ本申請に関する情報（個人番号を除く。）の照会・提供を行うことに同意します。

令和　　年　　月　　日　　〒　　－

長岡京市長様　　申請者住所 ……

申請者氏名 ……

受療者との続柄 ……

連絡先（電話番号） ……

記載上の注意

・該当する□には、レ印を記載してください。

・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記載してください。病院等に入院しているときは、その住所を記載してください。

・「居住地」欄は、現在居住している住所を記載してください。帰省等している場合は帰省先等を記載してください。

※市記入欄

個人番号確認方法　□マイナンバーカード　□住民票　□その他（　　）