養育医療給付申請書

	1				7	1	1	
受療者	ふりがな					1. F I I	<i></i>	
	氏 名				男・女	生年月日	年	月 日
	福祉医療費 受給資格者 番号				個人番号			
	住所地	〒 邑楽町大字	:					
扶養義務者	ふりがな				受療者と の続柄	1. 父 2. 母	3. その他	()
	氏 名				個人番号			
	住所地	□受療者と同じ 〒						
被保険者証等の記号 及び番号		記号 番号				保険の 種 類	社保 国任	呆 生保
医療保険者の名称								
希望する指定医療機関 の名称及び所在地		名 称 						
上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり次のことについて同意します。 1. 自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳及び市町村民税課税状況等の資料を閲覧、照会すること(マイナンバー制度による情報連携を含む)。 2. 本申請に関する情報を上記医療機関に提供すること。 3. 母子保健法(昭和40年法律第141号)第21条の4の規定による養育医療の給付に係る費用の徴収に対して支給されるべき福祉医療の支給申請及び受領について邑楽町長に委任すること。								
有	F 月	日						
(宛夕	r)邑楽町長		申請者	住所	Ŧ			
				氏名	(受療者との約	売柄)
電話番号								
保健センター確認欄*********************************								
添付書類 □ 養育医療意見書 □ 世帯調書 □ 母子健康手帳「出産の状態」ページ写し □ 受療児または扶養義務者が加入している医療保険者の名称、記号及び番号がわかる書類								

(資格確認書又はマイナ保険証 ※マイナ保険証の場合、暗証番号が必要)

□ 世帯全員のマイナンバーがわかる書類