

記入例

第1号様式(第3条関係)

霧島市長 様

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな氏名	ふりがな 赤ちゃんの氏名	(男)女	生年月日	H29年10月9日
	住所地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号 899-4394 霧島市 国分中央三丁目45番1号 (住民票を置く住所)			
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号 890-8760 鹿児島市上荒田町37番1号	個人番号	(入院している病院の住所)	
生計中心者 扶養義務者	ふりがな氏名	ふりがな 保護者の氏名	本人との続柄	父	
	居住地 <small>(住所)</small>	郵便番号 同上			
	電話番号	090-1234-5678	個人番号		
被保険者証等の記号及び番号	記号 1234567 番号 890	保険者等の名称	番号 01460013 名称 全国健康保険協会鹿児島支部		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 <small>(所在地は現在地と同じ場合は省略可能)</small>	鹿児島市立病院 (入院している病院名)				子の保険証がまだできていない場合 →被保険者(父の扶養に入る場合は父)の保険証情報を記入。 ※ 保険証のコピーを添付
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。 また、下記の内容について同意します。 <ul style="list-style-type: none"> ・決定にあたり、霧島市長が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って市民税及び所得税の状況を公簿等により確認すること。 ・養育医療費の自己負担金は、子ども医療費等をもって充てること。 					
平成29年10月17日					
自己負担額を決定するために税情報 を閲覧します。また、必要に応じて マイナンバーを利用した情報照会 (税情報)を行います。	申請者住所	霧島市国分中央三丁目45番1号			
	本人との続柄	父			
	ふりがな	ふりがな			
	申請者氏名	保護者の氏名 ㊦			
	生年月日	S63年5月23日			
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

妻〇〇は妊娠(出産)を機に退職しました。㊦

(↑ 昨年の所得について、配偶者の扶養に入っていないが、現在は働いていない場合)

同 意 欄

下記の者は、霧島市長が母子保健法第 21 条の 4 第 1 項に基づく事務手続を処理するために限って H29 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。

同意者	申請者との続柄	妻
	フリガナ	ふ り が な
	氏名	配偶者、扶養義務者の氏名
	生年月日	S64.1.1
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

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をする場合、本人からの委任状をとること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合、欄外に記載して差し支えない。