

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	郵便番号	個人番号		
	現 住 所 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養 義務 者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号		個人番号		
被保険者証等の 記号及び番号					
保険者等の名称					
希望する指定療育医療 機関の名称及び所在地					
備 考					
同 意 欄 (同意する場合は☑)		<input type="checkbox"/> 1 養育医療費用の支払においてつがる市乳幼児医療費等からの受領方をつがる市長に委任すること。 <input type="checkbox"/> 2 私及び生計を一にする世帯員の地方税情報及び養育医療給付の受給資格について、つがる市長が調査・閲覧すること。			
つがる市長 別紙必要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。 <div style="text-align: right;"> 申請者 氏 名 ㊟ 住 所 本人との続柄 電 話 番 号 </div>		年 月 日			
※ 個人番号等の 利用目的について	提出された個人番号及び本人確認に係る身元確認書類は、母子保健法第 21 条の 4 第 1 項の費用の徴収に関する事務を処理するために利用し、必要な範囲を超えて利用されることはありません。				
申請受付年月日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日		

※同意欄の2に同意しない場合は、税情報の確認のため課税証明書等の書類の提出が必要となります。