

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

飯田市長

申請者(保護者)

〒

住所

氏名

本人との続柄

連絡先電話番号

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項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、飯田市が、飯田市未熟児養育医療費用徴収条例の規定に基づき徴収する費用を算定するために必要となる住所、所得状況、所得税課税額、市民税課税額等の情報を公簿等により確認すること及び飯田市福祉医療費給付金条例の規定に基づき支給される給付金を徴収費用額に充当することを承諾します。

記

本人	ふりがな		性別	男 ・ 女	
	氏 名		生年月日	令和 年 月 日	
	住 所 地 (住民票における住所)	〒	個人番号		
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏 名		個人番号		
	居 住 地	〒	電話番号		
被保険者証等の 記号・番号			保険者等の 名称		
指定医療機関の 名称・所在地					
備 考					

市役所 処理欄	適用期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				決定年月日	令和 年 月 日	
	階層区分		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				交付者印	
			令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				決裁印	

事務 処理 欄	番号 確認	扶養 義務 者	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載住民票 または 記載事項証明		☐ 保有特定個人情報 ☐ 住基検索		該 当 者	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載住民票 または 記載事項証明		☐ 保有特定個人情報 ☐ 住基検索		代 理 確 認	☐ 法定代理人 〔 ☐ 戸 ☐ 住 ☐ 成後 ☐ その他()〕 ☐ 委任状 ☐ 本人一号書類 ☐ 本人二号書類()	
	身元 確認	申 請 者	一号書類(1点で可) ☐ 個カ ☐ 免 ☐ パ ☐ 在カ ☐ 住基カ ☐ 障 ☐ その他()		二号書類(2点以上) ☐ 健保 ☐ 介護 ☐ 年手 ☐ 受給者証 ☐ その他()			(左記との組合せで可とする) ☐ 通帳 ☐ キャッシュカード ☐ 社員証 ☐ 診察券 ☐ その他()		聞き取り確認事項			受付者	
			一号書類(1点で可) ☐ 個カ ☐ 免 ☐ パ ☐ 在カ ☐ 住基カ ☐ 障 ☐ その他()		二号書類(2点以上) ☐ 健保 ☐ 介護 ☐ 年手 ☐ 受給者証 ☐ その他()			(左記との組合せで可とする) ☐ 通帳 ☐ キャッシュカード ☐ 社員証 ☐ 診察券 ☐ その他()		聞き取り確認事項				