

養育医療給付申請書

本人	フリガナ		男・女	生年 月日	年 月 日生	
	氏 名					
	居 住 地 (住民票所在地)	〒352-00 新座市 丁目 番 号				
	個人番号					
	現 在 地 (住民地と異なる場合)	〒				
扶養義務者	フリガナ		本人との続柄		職 業	
	氏 名					
	居 住 地	〒352-00 新座市 丁目 番 号				
	個人番号					
医療保険各法の 記号及び番号			保険者等 の名称			
指定養育医療機関 の名称・所在地 (所在地は本人現在地と 同じ場合は省略可能)						
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。 年 月 日 (申請先) 新座市長 申請者 (保護者等) 住 所 新座市 丁目 番 号 氏 名 本人との続柄 電 話 () (日中連絡が取れる番号をご記入ください)						

※裏面の同意書も御記入ください。

同 意 書

年 月 日

新座市保健センター所長 宛

世帯主住所 世帯主氏名	新座市 丁目 番 号
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号
世帯外扶養義務者 住所 氏名	都道府県 市区町村 丁目 番 号 (アパート・マンション名等方書)

保健センターが、未熟児養育医療給付の事務において、当該児童と上記世帯構成員及び世帯外扶養義務者の下記の事項を確認することについて同意します。

記

- 1 収入状況及び市民税の課税状況に関すること。
- 2 生活保護受給の有無に関すること。

【転入者の方へ】

※ 上記同意書を提出していただくことにより、マイナンバーを活用して市町村民税等情報を照会いたします。

※ 同意されない場合は、市町村民税額等を証明する書類を必ず添付してください。