

様式第1号（第5条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

鳩山町長 宛て

申請者住所 〒  
 連絡先電話番号  
 申請者氏名（記名押印または自筆による署名）  
 本人との続柄（ ）

鳩山町未熟児養育医療給付事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

本人	ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日
	氏名				
	住所地 (住民票所在地)	〒	個人番号		
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
	こども医療費 受給資格証番号				
扶養義務者	ふりがな		本人との 続柄		
	氏名				
	居住地	〒			
	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		
希望する指定養育医療機関の 名称及び所在地（所在地は本人 現在地と同じ場合は省略可能）					
備考					
申請受付年月		決定年月日			

- ※「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ※「現在地」欄は、現在所在する場所を記入してください。（病院等に入院しているときはその住所）
- ※「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。（帰省等している場合はその住所）

(裏面)

同意及び委任事項

私は、この養育医療の給付申請にあたり、私及び私の属する世帯構成員並びに世帯外扶養義務者の課税状況並びに生活保護等の受給の有無について、鳩山町長が関係課その他官公署に照会することに同意します。

また、受療医療機関に本申請に係る必要な事項の照会をすることについても同意します。

なお、私は、母子保健法第 20 条による養育医療の給付に伴う自己負担金の支払について、私の代わりに鳩山町長にこども医療費支給事業に係る支給申請を行う権限及び当該申請に係る金額を受領する権限を委任します。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名 (記名押印又は自筆による署名)