

様式第2号（第4条第1項関係）

申請日を記入

〇〇年〇〇月〇〇日

大鰐町長 殿

住 所 大鰐町大字〇〇字〇〇

申請者 氏 名 大鰐 太郎

本人との続柄 父

養育医療給付申請書

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、大鰐町母子保健法施行細則第4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。

記

本人	ふりがな 氏 名	大鰐 花絵	性別	男・女	生年月日	〇〇年〇月〇〇日	
	居住地	大鰐町大字〇〇字〇〇			個人番号	※番号が未定の場合は空欄	
扶養義務者	現住所	大鰐町大字〇〇字〇〇 ※住民票を置いてある住所を記入			個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
	氏名	大鰐 太郎	本人との続柄	父	職業	会社員	
	居住地	現住所と同じ				他、大鰐町 〇〇健康保険組合 〇〇共済組合 等	
医療保険各法の記号及び番号		××××・□□□□		保険者等の名称		全国健康保険協会〇〇支部	
希望指定養育医療機関の名称及び所在地		〇〇病院 〇〇市大字〇〇 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇（電話番号）			意見書に記入されている医療機関を記入		
備考		連絡先 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇			日中連絡をとることができる番号を記入		
		※他、「双子の第1子」等の特記すべき事柄があれば記入					
申請受付年月日				決定年月日			

注1 太枠内には、記入しないこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

(裏面)

〇〇年〇〇月〇〇日

大鰐町長 殿

同意書

下記の者は、大鰐町保健福祉課が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続きを処理するために限って 〇〇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り同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄	本人
	フリガナ	オオニ タロウ
	氏名	大鰐 太郎
	生年月日	〇〇. 〇〇. 〇〇
	住所	大鰐町大字〇〇字〇〇 <input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	妻
	フリガナ	オオニ ハコ
	氏名	大鰐 華子
	生年月日	〇〇. 〇〇. 〇〇
	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は欄外に記載して差し支えない。