

## 養育医療給付申請書

申請者 (保護者)	ふりがな							
	氏名							
	生年月日	昭和・平成	年	月	日	個人番号		
	本人との続柄	父	母	その他 ( )				
	電話番号	自宅 ( )	-	昼間連絡がとれる番号				
	住所							
本人 (児)	ふりがな							
	氏名						男	女
	生年月日	令和	年	月	日	個人番号		
	住所							
保険証	種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保 (該当するものに○をつけてください。)						
	記号	番号	保険者名 (保険証発行機関名)				市・町・村(国保) 支部 共済組合 健康保険組合	
	希望する指定医療機関名							
別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。  <div style="text-align: center;">令和    年    月    日</div>  <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">鹿島市長    様</div>								

### 個人情報提供同意書

母子保健法第21条の4に定める負担金額の決定のために、本人と保護者の世帯構成、所得額について、担当部局に確認されることについては右のとおりです。  ※同意しない場合は、下記の関係書類(3)の提出が必要になります。	<b>該当項目に ○をお願いします</b>
	同意する                      同意しない

※関係書類

- (1) 養育医療意見書(様式2号)
- (2) 世帯調書(様式3号)
- (3) 世帯構成員に係る所得課税証明書等
- (4) 子どもの医療費受給資格証
- (5) 養育負担金に係る申出書(様式4号)

※その他申請時に必要なもの(例)

- ・健康保険証    ・印鑑                      ・生活保護受給世帯であることの証明書
- ・入院時食事療養費の標準負担額の減額認定者にあつては、標準負担額減額認定証

※ お預かりした個人情報は厳重に管理し、養育医療給付事務のために使用し、ご本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。

※ ただし、給付認定結果については、医療機関に通知させていただきます。

受付印