

未熟児養育医療給付申請書

申請日：令和・西暦 年 月 日

岸和田市長 様

申請者 (扶養義務者) *世帯の主たる生計維持者 (所得の高い方)	住所	〒 ー ー 岸和田市 ー 町
	氏名	
	電話番号 (日中繋がる TEL 番号)	父・母・() ー ー

未熟児養育医療の給付を受けたいので、別紙関係書類を添えて次のとおり申請します。

本人 (乳児)	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	R・西暦 年 月 日		
	個人番号 (マイナンバー)					
	住所地 (住民票所在地)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 岸和田市 ()				
	入院先医療機関名					
	希望する医療機関名	1 同上 2 その他 ()				
扶養義務者	フリガナ		生年月日	本人(乳児)との続柄		
	氏名		S・H・西暦 年 月 日	父・母 ()		
	個人番号 (マイナンバー)					
	居住地	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 岸和田市				
本人(乳児) 被保険者証 *申請時に交付されていない 場合は空白可	記号		番号		枝番	
	保険者番号					
	保険者名称				健康保険組合 保険協会 国民健康保険 共済組合	
生活保護受給状況		受給している (受給証明書必要) ・ 受給していない				
同意書 未熟児養育医療の給付が決定された場合、決定に関する情報を岸和田市長が指定養育医療機関に提供することに同意します。また、自身の地方税関係情報を保有する者が、岸和田市長に対し、本申請に係る事実についての審査に必要な限度において、個人番号を通じて当該情報を提供することに同意します。 令和・西暦 年 月 日						
備考 1 同意する者が自ら署名を行うこと (代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状を添付すること)。 備考 2 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。		扶養義務者名		_____		
		同世帯員名		_____		
		同世帯員名		_____		
		同世帯員名		_____		
		世帯外扶養義務者名		_____		

*「居住地」の欄は、現在居住している住所（帰省等している場合は帰省先）を記入してください。

*「世帯外扶養義務者」の欄には、世帯構成員以外で現に本人に対して扶養を履行している場合のみ記入してください（例：単身赴任者等）

受付者	<input type="checkbox"/> 本人確認書類 (免・マ・())