

養育医療給付申請書

年 月 日

木更津市長 様

養育医療の給付を受けたいので、木更津市母子保健法施行細則第14条第1項の規定により下記のとおり申請します。

申請者					
保護者	住所	〒292-0000 木更津市000-××			
	フリガナ	キサラヅ タロウ			父
	氏名	木更津 太郎	印	連絡先	0438-00-0000
対象となる子ども	住所	〒292-0000 木更津市000-××			
	フリガナ	キサラヅ ジロウ			日中、連絡の取れる電話番号を記入してください。(携帯電話も可)
	氏名	木更津 二郎	生年月日	平成〇〇年△△月×日	
加入医療保険	保険者名	〇×健康保険組合			
	被保険者名	木更津 太郎			
	記号番号	記号	0000	番号	×××
希望する指定養育医療機関					
名称	〇〇〇〇病				承諾書の内容に同意いただける場合、所得税額を証する書類を省略できます。
所在地	〇〇県〇〇市〇〇				
承諾書					
<p>養育医療公費負担で生じる徴収金において木更津市子ども医療費助成を受けることを承諾します。</p> <p>養育医療券を交付する要件の確認に必要な範囲において、上記対象となる子どもにかかる住民基本台帳の記載事項について、担当職員が調査することを承諾します。</p> <p>世帯認定の判定に必要な範囲において、私の市区町村民税に関する情報のうち、所得、諸控除の額その他必要な事項について担当職員が調査することを承諾します。</p> <p>私は、保険者等から高額療養費又は付加給付金等を受領した場合は、木更津市母子保健法細則第19条の規定により、助成を受けた額の全部又は一部を木更津市へ支払います。</p>					
木更津 太郎		印	木更津 花子		印
木更津 一太郎		印	木更津 一太郎		印
上記の内容を承諾していただける場合、署名・捺印をしてください。					

世帯外扶養義務者がいる場合も同様に、署名・捺印をしてください。