

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	〒			
	個人番号				
	フリガナ		続柄		
	氏 名		印	連絡先	
対 象 となる 子ども	住 所	〒			
	個人番号				
	フリガナ		生年月日		
	氏 名				
加入医療 保険	保険者名				
	被保険者名				
	記号番号	記号		番号	
希望する指定養育医療機関					
名 称					
所 在 地					
<p style="text-align: center;">承諾書</p> <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> <p style="text-align: center;">印 印</p> <p style="text-align: center;">印 印</p> <p style="text-align: center;">印 印</p>					