

様式第1号(第5条、第7条関係)

(表)
養育医療給付申請書

年 月 日

周防大島町長 様

郵便番号
申請者 住 所
氏 名
本人との続柄
(電話 局 番)

下記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

本人	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所				個人番号	
扶養義務者	氏名		本人との続柄		職業	
	住所				個人番号	
被保険者証の記号及び番号			保険者名			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地						

添付書類

- 1 養育医療給付意見書
- 2 世帯調書
- 3 扶養義務者の前年分の所得税又は前年度分の市町村民税の課税額を証する書類
- 4 生活保護法の被保護者である場合には、被保護者であることを証する書類
- 5 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合には、これを証する書類

注 申請者の氏名を自署すること。

(裏)

同 意 書

下記の者は、周防大島町が養育医療(母子保健法第21条の4)に基づく事務手続を処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

同意者	申請者との続柄	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	氏名	
	生年月日	
	住所	
同意者	申請者との続柄	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

記載事項

- 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 申請者の住所と同意が必要な者の住所が同様な場合、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。