

様式第1号（第5条関係）

養育医療給付申請書

（申請者記入欄）

(受療者) 本人	ふりがな		男・女	年 月 日生			
	氏名			個人番号			
	住所	〒575- 四條畷市					
保護者	ふりがな		男・女	年 月 日生			本人との続柄
	氏名						
	住所	〒			電話番号		
				個人番号			
者被 証保 険等	記号		番 号				
	保険者名		保険者番号				
医療 機 関	名 称						
	所在地						
生活保護の状況		受給している ・ 受給していない					
<p>別紙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。申請においては次のことを了承します。</p> <p>(1) 四條畷市養育医療給付担当課が費用の徴収額を決定するため、申請者及び扶養義務者の地方税関係情報等を取得及び審査することに同意します。これらを取得されることについては、世帯員の承諾を得ています。</p> <p>(2) 母子保健法に定める保健指導を行うため、四條畷市立保健センターに申請内容等の情報提供をすることに同意します。また、受療者が四條畷市福祉医療費助成制度の対象者である場合、養育医療の自己負担額から医療費助成の助成額を差し引くため、その医療費助成に係る所定の申請権限を四條畷市長に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者（保護者）住所</p> <p>申請者（保護者）氏名 <span style="float: right;">（自署の場合は押印不要）</span></p> <p>本人との続柄</p> <p>四條畷市長 宛</p>							
<p>（注） 被保険者証等の記号及び番号は、必ず被保険者証を参照の上記載してください。</p>							
<p>&lt;市記入欄&gt;</p>							