

（表面）
 養育医療給付申請書

ひたちなか市長 殿		年 月 日
申請者 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 ひたちなか市〇〇町 2-10-1 氏名 勝田 太郎 乳児との続柄 父 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
下記のとおり養育医療の給付を申請します。		
乳児	（ふりがな） (ふりがな) 氏名 (お子様の氏名) 男・女 住所 ひたちなか市〇〇町 2-10-1 現住地	生年月日 R△年 △月 △日
	個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
扶養義務者	（ふりがな） かつた たろう 氏名 勝田 太郎 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 ひたちなか市〇〇町 2-10-1 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	乳児との続柄 父
	個人番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
医療保険の記号番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇		保険者名 〇〇健康保険組合
希望指定医療機関の名称 〇〇こども病院		
添付書類 養育医療意見書（様式第2号） 世帯調書（様式第3号）		
備考		
個人情報確認 同意欄	この申請に関し市で保管する私及び私の世帯に関する住民記録情報、税情報その他の養育医療の給付に関し必要な情報について、市長が閲覧し、及び利用することに同意します。 扶養義務者 氏名 勝田 太郎 （※）本人が自署できない場合は、記名押印してください。	

《裏面にも記載欄がありますので、ご確認ください》

(裏面)

未熟児訪問指導事業に係る情報提供に関する同意書

年 月 日

ひたちなか市長 殿

扶養義務者

住所 ひたちなか市〇〇町 2-10-1

氏名 勝田 太郎

(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。

乳児との続柄 父

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

私は、養育医療の給付申請に当たり提出し、又は今後提出する申請書及び医療意見書並びに市が保有する養育医療に関する情報を、未熟児訪問指導事業を実施するひたちなか市子ども未来課に対して当該事業に係る基礎資料として情報を提供し、及び利用することに同意します。

《同意のお願い》

ひたちなか市では、母子保健法第19条に基づき、未熟児訪問指導を実施しています。

未熟児訪問指導事業は、子ども未来課の保健師等がご家庭を訪問し、赤ちゃんの発育・発達の確認や保健指導などを行います。

つきましては、子ども未来課による未熟児訪問指導事業における基礎資料とするため、未熟児養育医療申請書及び意見書の情報提供について、同意していただきますようお願いいたします。