

様式第 1 号（第 3 条関係）

（表面）
 養育医療給付申請書

年 月 日																													
ひたちなか市長 殿	申請者（乳児の保護者） 郵便番号 住所 氏名 ㊟ （自署の場合は、押印は必要ありません。） 乳児との続柄 電話番号																												
下記のとおり養育医療の給付を申請します。																													
乳児	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px;">（ふりがな）</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">生年月日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">氏名 男・女</td> <td style="padding: 2px;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">住所 現住地</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">個人番号</td> <td style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	（ふりがな）	生年月日	氏名 男・女	年 月 日	住所 現住地		個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
	（ふりがな）	生年月日																											
	氏名 男・女	年 月 日																											
住所 現住地																													
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																												
扶養義務者	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 2px;">（ふりがな）</td> <td style="width: 35%; padding: 2px;">乳児との続柄</td> <td style="width: 35%; padding: 2px;">職業</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">郵便番号</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">住所</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">電話番号</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">個人番号</td> <td colspan="2" style="padding: 2px;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	（ふりがな）	乳児との続柄	職業	氏名			郵便番号			住所			電話番号			個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
	（ふりがな）	乳児との続柄	職業																										
	氏名																												
	郵便番号																												
住所																													
電話番号																													
個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																												
被保険者証の記号番号																													
保険者名																													
希望指定医療機関	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 2px;">名称</td> <td style="width: 40%; padding: 2px;">郵便番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">所在地</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">電話番号</td> </tr> </table>	名称	郵便番号	所在地		電話番号																							
名称	郵便番号																												
所在地																													
電話番号																													
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。 <div style="text-align: right; padding-right: 20px;"> 扶養義務者 氏名 ㊟ </div>																												

(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

乳児の保護者

住所

氏名

⑨

乳児との続柄

電話番号

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健康推進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、健康推進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、健康推進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。