第２号様式（第３条、第４条関係）

養育医療給付申請書

対象児	ふりがな 氏　名	男 ・ 女	生年 月日	年　月　日		
	住　所	〒 高取町大字	個人 番号			
	現在地					
扶養義務者 ※	氏　名		乳児との 続　柄		職業	
	住　所					
	電話番号		個人番号			
	勤務先名称	電話：	所在地			
被保険者証等の記号及び番号			保険者名			
希望する指定養育医療機関の名称及び住所地						
備　考						

別紙関係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。

保護者住所：

保護者氏名：　　㊞

（自署もしくは記名押印）

保護者生年月日：

対象児との続柄：

※下記の申請者が保護者の場合は、記載していただかなくて結構です。

申請者住所：

申請者氏名：　　㊞

（自署もしくは記名押印）

保護者との続柄：

年　　月　　日

高取町長　　様

申請受付年月日		決定年月日		備考	

※　扶養義務者欄は、原則、医療保険上、乳児を扶養している方について記載してください。

個人情報提供同意書

養育医療給付申請に記載された個人情報を、指定医療機関及び当町未熟児訪問指導担当者に報告することに同意します。

年　　月　　日

保護者氏名　　㊞

（　署名押印　）

町職員記入欄：以下は記入しないで下さい。

個人番号の提供	□　あり　　□　なし
□　本人確認 【届出者・代理人】	１点：個人カード・運転免許・旅券・障害者手帳（身体、精神）・その他（　　） ２点：健康保険証・源泉徴収票・その他（　　）
□　個人番号確認	個人カード　・　通知カード　・　住民票　・　住基端末
□　代理権確認	同一世帯（端末確認）・委任状　・　その他：
備　　考	