

| 養育医療給付申請書                                                     |                    |      |         |       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|------|---------|-------|
| 受療者                                                           | ふりがな氏名             |      | 生年月日    | 年 月 日 |
|                                                               | 住所地<br>(住民票所在地)    | 郵便番号 | 個人番号    |       |
|                                                               | 現在地<br>(住所地と異なる場合) | 郵便番号 |         |       |
| 扶養義務者                                                         | ふりがな氏名             |      | 受療者との続柄 |       |
|                                                               | 居住地                | 郵便番号 |         |       |
|                                                               | 電話番号               |      | 個人番号    |       |
| 医療保険各法の記号及び番号                                                 |                    |      | 保険者等の名称 |       |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地<br><small>(所在地は受療者現在地と同じ場合は省略可能)</small> |                    |      |         |       |
| 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。                                |                    |      |         |       |
| 申請者住所                                                         |                    |      |         |       |
| 申請者氏名                                                         |                    |      |         |       |
| 受療者との続柄 ( )                                                   |                    |      |         |       |
| 連絡先 (電話番号) (父) (母)                                            |                    |      |         |       |
| 年 月 日                                                         |                    |      |         |       |
| 宇治市長 宛                                                        |                    |      |         |       |
| 申請受付年月日                                                       |                    |      | 決定年月日   |       |

記載上の注意

- ・「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在所在している住所を記入してください。帰省等をしている場合は帰省先等を記入してください。
- ・同意欄は、同意者の代理人が署名の場合、本人からの委任状が必要です。

|                                                |                      |
|------------------------------------------------|----------------------|
| <b>【同意欄】</b>                                   |                      |
| 養育医療の受給決定・階層認定を行うに際して、課税状況及び、世帯情報の閲覧について同意します。 |                      |
| (申請者氏名)                                        |                      |
| 印                                              |                      |
| (世帯員氏名)                                        |                      |
| ふりがな                                           | (世帯員住所) 申請者と異なる場合は記入 |
| 続柄 ( ) 生年月日 ( )                                | 申請者と同じ・              |
| ふりがな                                           |                      |
| 続柄 ( ) 生年月日 ( )                                | 申請者と同じ・              |
| ふりがな                                           |                      |
| 続柄 ( ) 生年月日 ( )                                | 申請者と同じ・              |