様式第4号(第8条関係)

養育医療給付申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">本人</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">男・女</td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>居　住　地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>現　住　地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>個 人 番 号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">扶養義務者</td><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">本人との続柄</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>居　住　地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>個 人 番 号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">医療保険各法の記号及び番号</td><td colspan="2"></td><td>保険者等の名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する指定養育医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

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。
堺市において必要があると認めるときは、税務担当課又は福祉担当課に、私及び別紙世帯調書(様式第6号)に記載の私の世帯員の課税状況等について確認されることに同意します。
このことは、私の世帯員の同意を得ています。
また、本申請に関する情報(個人番号を除く。)を、上記医療機関に提供することに同意します。

(〒　　)
申請者住所

ふりがな
申請者氏名

申請者生年月日　　年　　月　　日

本人との続柄

年　　月　　日

堺市長　殿