

養育医療給付申請書

受給者 (本人)	フリガナ		男・女	生年月日	
	氏名			年 月 日	
	住所	太田市			
	個人番号			福祉医療費 受給資格者番号	
加入している 医療保険	(種類)	1 健保 2 国保 3 共済 4 生保			
	(記号)	(番号)			
	(保険者番号)				
	(名称)				
希望する指定 養育医療機関	(名称)				
	(住所)				
<p>上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳、市町村民税課税状況等の資料及び個人番号を閲覧、調査すること。また、本申請に関する情報を、上記医療機関に照会や提供すること。 ・ 養育医療の給付に係る費用の徴収（自己負担額）に対して支給されるべき福祉医療費の支給申請及び受領について市長に委任すること。 <p style="text-align: center;">以上のことに関して同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 自署氏名 _____</p> <p>(宛先) 太田市長</p>					
申請者 (保護者)	フリガナ		受給者との 続柄		
	氏名				
	住所	〒 太田市			
	個人番号			電話番号	

市記入欄

本人確認書類	
いずれか1つ	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()
又は2つ以上	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()

認定状況	受理日	受給者番号	階層区分	認定基準額
承認・不承認				