

年 月 日

養育医療給付申請書

(宛先)
鎌倉市長

〒.....
住 所 鎌倉市.....
氏 名
生年月日年.....月.....日生.....
お子さんとの続柄
電 話(.....).....

養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、この事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等について必要な情報について、市長が利用することに同意します。

本 人	ふりがな						1 新規 2 継続
	氏 名						
	生年月日	年	月	日	個人番号		男・女
加入健康保険	保 険 者 称						
	保 険 者 号						記号及び番号
医 療 機 関 (病院・診療所)	名 称						
	所 在 地						

処理欄

公費負担医療の 受給者番号							自己負担月額	階層	円
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで								
診療予定期間 (継続診療予定期間)	年 月 日から 年 月 日まで								
次のとおり決定してよいでしょうか (伺い)							起案	・	・
(決 裁 欄)							決裁	・	・
							交付	・	・
決定区分	<input type="checkbox"/> 給付を行います。 <input type="checkbox"/> 給付を行いません 理由 ()								

マイナンバーの利用に関する同意書

年 月 日

（宛先）鎌倉市長

下記の者は、鎌倉市長が養育医療券交付の審査に当たり、母子保健法第21条の4第1項の規定による事務を処理するため、地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

同意者①		同意者②	
ふりがな		ふりがな	
氏名		氏名	
生年月日 年 月 日		生年月日 年 月 日	
基準日（1月1日）時点の住所登録地 下の該当する番号を○で囲んで下さい （2 他市区町村の場合は（ ）内に市区町村名をご記入下さい）			
年	1 鎌倉市	年	1 鎌倉市
	2 他市区町村 ()		2 他市区町村 ()
	3 海外		3 海外
	4 その他		4 その他
年	1 鎌倉市	年	1 鎌倉市
	2 他市区町村 ()		2 他市区町村 ()
	3 海外		3 海外
	4 その他		4 その他
年	1 鎌倉市	年	1 鎌倉市
	2 他市区町村 ()		2 他市区町村 ()
	3 海外		3 海外
	4 その他		4 その他

（注）

- 1 同意する者が自ら署名を行ってください。
- 2 代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状等の代理権を証する書類を添付してください。
- 3 記載する欄が足りない場合は、欄外に記載してください。