様式第１号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 養育（未熟児）医療給付申請書  令和 年 月 日    東広島市長　様  　　　申請者 郵便番号  　 　　住 所  　　　 氏 名  　　 　本人との続柄  次のとおり養育（未熟児）医療の給付を受けたいので、東広島市未熟児養育医療実施要綱第５条の規定に  より申請します。また、負担金の決定のため市が必要と認めるときは、世帯の市町村民税の額の状況等について、市が保有する個人情報により調査し、又は確認することに同意し、養育（未熟児）医療の給付が決定になった場合に、医療券を指定養育医療機関に送付することに同意します。 | | | | | | | | | | |
| 本　　　人 |  | | 男・女 | | 生年月日　令和　　　　年　 月　 日 | | | | | |
| 住所地 東広島市 | | | | | | 個人 番号 | | |  |
| 現在地 市 区 　　 　 　 　　　　　　　　　　病 院  郡 町 　 　　 　　　　　　　　　　　　 診療所 | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 |  | | 本人との続柄 | | | 電話番号 | | | （　　　　）　　　　－ | |
|  | | | 個人番号 | | |  | |
| 居住地  （※申請者と異なる場合のみ） | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | | | 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  （※現在地と異なる場合のみ） | | 名 称 　　　　 病院・診療所 | | | | | | | | |
| 所在地 市 区  郡 町 | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **世　帯　調　書** | | | | | ※　認 定  (記入しないこと) | | 階層区分 | | |
| 徴収月額 　　　 円 | | |
| する世帯構成  未熟児等の属 | 世帯構成員名 | | | 未熟児等  との続柄 | 生年月日 | 職業 （勤務先） | 個人番号 | 市県民税  （所得割額） | |
|  | | |  |  |  |  |  | |
| 扶養義務者  世帯外の | |  |  | |  |  |  | |  |
| 郵便番号  住所 | | | | | | | |

様式第１号

同　意　書

東 広 島 市 長　 様

令和　　年　　月　　日

下記のものは、東広島市未熟児養育医療実施要綱第５条に基づく事務手続きを処理するために、

令和　　年度の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、本書の提出の際の事務処理に限って同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同　意　者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 | □申請者と同居 |
|  |  |
| 同　意　者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 | □申請者と同居 |
|  |  |
| 同　意　者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 | □申請者と同居 |
|  |  |
| 同　意　者 | 申請者との続柄 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 住　所 | □申請者と同居 |
|  |  |

　　　【記入の方法】

　　　　１　同意される人が自ら署名してください。

　　　　２　代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状が必要です。

　　　　３　申請書に住所が記入してある場合は、住所の記入は省略できます。

　　　　４　記入欄が足りない場合は、余白部分に記入をお願いします。