

養育医療給付申請書

ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日			
受療者の氏名			個人番号				
ふりがな		受療者との続柄		職業			
扶養者義務者氏名							
扶養義務者の居住地	〒 ー			電話番号	( )		
個人番号							
被保険者証等 記号番号	記号	番号					
			保険者名				
希望する指定 養育医療機関等の 名称及び所在地	名称		所在地	電話 ( )			
<p>上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 申請者 氏名 年 月 日生 受療者との続柄 電話 ( )</p> <p>会津若松市長</p>							

備考

- 1 養育医療意見書（第4号様式）、世帯調書（第5号様式）及び同意書（第5号様式の2）を添付すること。
- 2 被保険者証の写し、子ども医療費受給者資格証の写しを添付すること。

～ 以下、市処理欄 ～

<p>受療者 個人番号確認書類</p>	<p>届出人確認 (1点確認)</p>	<p>届出人確認 (2点確認) 【A】2点 または 【A】1点+【B】1点</p>	
<p><input type="checkbox"/>マイナンバーカード  <input type="checkbox"/>通知カード  <input type="checkbox"/>個人番号記載住民票写            ※以上は原本で確認。コピーでは不可  <input type="checkbox"/>書類・記載なし            ⇒<input type="checkbox"/>確認同意あり            ⇒<input type="checkbox"/>確認同意なし</p>	<p><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"/>写真付住基カード  <input type="checkbox"/>障がい者手帳  <input type="checkbox"/>在留カード  <input type="checkbox"/>特別永住者証明書  <input type="checkbox"/>その他            ( )</p>	<p><b>【A】</b>  <input type="checkbox"/>写真無住基カード  <input type="checkbox"/>年金手帳・証書  <input type="checkbox"/>健康保険証  <input type="checkbox"/>介護保険証  <input type="checkbox"/>生保受給者証  <input type="checkbox"/>高齢受給者証  <input type="checkbox"/>その他            ( )</p>	<p><b>【B】</b>  <input type="checkbox"/>預金通帳  <input type="checkbox"/>キャッシュカード  <input type="checkbox"/>診察券  <input type="checkbox"/>学生証・社員証  <input type="checkbox"/>納税通知書  <input type="checkbox"/>公共料金納入通知書  <input type="checkbox"/>その他            ( )</p>