

養 育 医 療 給 付 申 請 書					
本 人	氏 名 <small>ふ り が な</small>		男・女	令和	年 月 日
	住 所 地 <small>(住民票所在地)</small>	〒925- 志賀町	個人 番号		
	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	〒 -			
扶 養 義 務 者	氏 名 <small>ふ り が な</small>		本人との続柄		
	居 住 地	〒			
	電 話 番 号	- -		個人 番号	
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号		記号		番号	
被 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 <small>(所在地は本人住所地と同じ場合は省略可能)</small>		名 称 所在地		TEL - -	
備 考					
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。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 志賀町長 様 申 請 者 住 所 〒925- 志賀町 本 人 と の 続 柄 申 請 者 氏 名 <span style="float: right;">⑩</span> (自署もしくは記名押印) 電 話 番 号 - -					
申 請 受 付 年 月 日		令和 年 月 日		決定年月日 令和 年 月 日	

記載上の注意

- ・「住所地」欄には、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」欄には、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院している場合は、その住所を記入してください。
- ・「居住地」欄には、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。

同 意 書
資格審査にあたり、申請者の属する世帯の所得状況及び住民基本台帳を確認することに同意します。
申請者 _____

※ 情報連携対象の申請者は、裏面も記入してください。

町 確 認 欄	番号確認	1点確認	2点確認	備 考
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 健康保険証	
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 年金証書・手帳	
	<input type="checkbox"/> システム	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	( )	

(裏面)

年 月 日

志賀町長 様

同 意 書

下記の者は、志賀町の住民課が志賀町未熟児養育医療給付事業実施要綱第4条に基づく事務手続きを処理する場合に限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であることを申し添えます。

記

同意者	氏 名	生年月日
申請者		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日
世帯員		年 月 日

記載要領

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。