

養育医療給付申請書

\* 太枠の中のみご記入ください。 1 新規 2 継続

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            |           |        |             |                 |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------|--------|-------------|-----------------|-----|
| 被保険者証等の<br>記号 及び 番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            | 保 険 者 番 号 |        |             |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            | 保 険 者 名   |        |             |                 |     |
| お 子 さ ん の<br>氏 名 等                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | フリガナ                                                       |           |        | 男<br>・<br>女 | 出生時の体重<br><br>g |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 氏 名                                                        |           |        |             |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 生年月日                                                       | 年 月 日     | 個人番号   |             |                 |     |
| 申 請 者<br>( 保 護 者 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 氏 名                                                        |           |        | お子さんとの続柄    |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 生年月日                                                       | 年 月 日     | 個人番号   |             |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 住 所                                                        | 〒         |        |             |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 電 話                                                        | ( )       |        |             |                 |     |
| 指定養育医療<br>機 関                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 名 称                                                        |           |        |             |                 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 所 在 地                                                      | 〒         | 電話 ( ) | ー           |                 |     |
| 藤沢市長<br><br>上記のとおり申請します。<br>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。<br>また、母子保健法に基づき早期に母子保健サービスの提供を行うために、提出した申請書の基本情報（氏名・生年月日・出生時体重・性別・住所・電話番号）及び養育医療意見書（症状の概要・診療予定期間・現在受けている医療・症状の経過）に係る個人情報について、母子保健事業を所管する課に提供することに同意します。<br><br><div>年 月 日</div> <div>申 請 者 住所<br/>(保護者) 氏名</div> |                                                            |           |        |             |                 |     |
| 処<br>理<br>欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 自己負担月額                                                     | 階層        |        | 円           | 受 付             | ・ ・ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                            |           |        |             | 決 裁             | ・ ・ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 別紙のとおり決定してよいでしょうか。 <input type="checkbox"/> 却下通知           |           |        |             | 施 行             | ・ ・ |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 養育医療券を申請者へ、養育医療給付決定通知書を医療機関へ送付します |           |        |             | 公印使用<br>承認      |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 課 長                                                        | 課長補佐      | 主 査    | 担 当         |                 |     |

\* 申請内容は、同意いただいた母子保健事業を所管する課以外への提供は一切行いません。また、藤沢市個人情報の保護に関する条例に基づき、適正な管理を行います。