

受給者番号

養育医療給付申請書 兼 世帯調書

本人 (乳児)	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	氏 名						
	個人番号 (マイナンバー)						
	居住地	〒 岡山市 区					
	現在地	〒 区					
扶養 義務者	フリガナ		本人との続柄	父・母・その他 ( )			
	氏 名						
	個人番号 (マイナンバー)		職 業				
	居住地	〒 岡山市 区 ※本人(乳児)と同様の場合は記入不要					
	電話番号	( ) -					
加入医療保険	<input type="checkbox"/> コピーのとおり <input type="checkbox"/> 生活保護						
希望する指定 養育医療機関	名 称			所在地			
備 考							

年 月 日

岡山市長 様

別添関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。  
 申請後、岡山市が私及び私の世帯員の税務関係情報、医療保険加入状況、生活保護受給状況について閲覧又は照会し、照会先機関が回答することに同意します。  
 なお、このことについては、世帯員全員の同意を得ています。

- ・申請者住所            岡山市 区
- ・本人との続柄        父・母・その他( )
- ・申請者職業
- ・申請者氏名
- ・申請者生年月日        年 月 日

※ 個人番号については、番号法に基づき、養育医療に関する事務に利用いたします。

保健所確認欄		受付印
添付書類	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 転院理由書 <input type="checkbox"/> 申出書 <input type="checkbox"/> 健康保険証(□手続き中) <input type="checkbox"/> 市民税額等証明書類	
区分		
備考		

