第１号様式（第２条関係）

養育医療給付申請書（新規・継続）

本人	ふりがな 氏　名		男　・　女	生年月日	年　月　日
	居住地				
	退院後の連絡先	※上記と同じ場合は記入不要	個人番号		
扶養義務者	氏　名		本人との続柄		
	居住地	※本人と同じ場合は記入不要	個人番号		
被保険者証の記号及び番号			保険者の名称		
			保険者の番号		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
摘　要					

下記の項目について同意し、養育医療意見書及び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。

申請者住所　（郵便番号　　）

ふりがな
申請者氏名　　印

申請者生年月日　　年　　月　　日
（本人との続柄　　）
（電話番号　　）

年　　月　　日

四日市市長

１．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、その他受給可否の決定に必要な情報について、市長が利用することに同意します。

２．ご提出いただいた申請書のお子さんの基本情報（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、病状の経過）に係る個人情報を、母子保健法第19 条に基づき、こども保健福祉課母子保健係が早期に訪問指導サービスを提供する目的で、利用することについて同意します。

＜福祉医療費助成対象の方のみ＞

３．給付額が確定しましたら、こども保健福祉課が下記の内容を福祉医療費助成給付のため利用することに同意します。
（養育医療給付申請書・診療月・総医療点数・入院日数・公費請求額・総食事金額・食事公費請求額・食事日数・医療機関名・自己負担額）

※同意いただいた情報は四日市市個人情報保護条例に基づき、適正な管理を行います。

記入者本人確認	受付者