

# 精華町養育医療券交付申請書

《養育医療給付申請書》

整理番号

本人	フリガナ 氏名		性別		生年月日	
	住所	〒			個人番号	
	居住地	<input type="checkbox"/> 住所に同じ 〒				
	世帯主氏名		世帯主と本人の続柄			
	保護者氏名		保護者と本人の続柄			
被保険者証等の内容 組合	交付年月日		有効期限			
	記号		番号			
	本人の認定日 又は資格取得日		本人との続柄			
	保険者等名称 (保険者番号)	( )				

扶養義務者	フリガナ 氏名		生年月日	
			本人との続柄	
	住所	〒		個人番号
	居住地	<input type="checkbox"/> 住所に同じ 〒		

医療機関CD															
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(再交付の場合は記入不要) 希望するまたは転院先指定養育 医療機関の名称及び所在地	名称 所在地
---	-----------

再交付する場合の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ( )
------------	--

精華町長 様

私は、貴町が養育医療の給付を受療する資格決定にあたり、審査対象となる関係者に係る必要とされる住民基本台帳、課税、医療保険等の状況について町長がそれぞれの所管部署に報告を求めることに同意し、上記のとおり関係書類を添えて申請します。

また、養育医療券の交付を受けたときは、貴町から支払われる医療費助成金の受領について、この申請に係る給付金の精算において町長と私の間に金銭貸借関係がある場合に限り、金銭貸借関係の清算金に充当する目的をもって町長に委任します。

なお、私が同意及び委任したことについて、関係者から異議の申出があったときは、私の責任において解決します。

年 月 日

申請者 氏名 (本人との続柄 )  
(保護者) 〒

住所  
電話番号

申請者の本人確認 及び 委任状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他( )