

養育医療給付申請書

年 月 日												
(宛先) 栃木市長												
申請者 住所												
氏名												
(自署しない場合は、記名押印してください。)												
別紙関係書類を添えて、次のとおり養育医療の給付を申請します。												
また、本申請の審査に当たり、市が保有する課税台帳等の情報を確認することに同意します。												
本人	ふりがな					男・女	生年月日	年 月 日				
	氏名											
	個人番号											
	住所	〒 (電話番号)										
	現在地(住所と異なる場合)	〒										
保護者	氏名					続柄						
	個人番号											
	住所	〒 (電話番号)										
被保険者証等の記号及び番号						保険者等の名称						
指定 養育 医療 機関	名称											
	所在地											
委任欄 ※代理人が申請する場合は、必ず申請者が記入してください。												
委任者（申請者）		住所				氏名						
私は、養育医療給付の申請に関する一切の権限を次の者に委任します。												
受任者（代理人）		住所				氏名						

- (注) 1 太枠線の中のみ記入してください。
 2 「現在地」の欄は、病院に入院しているときは、その住所を記入してください。

市記載欄											
公費負担者番号						有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
受給者番号						交付年月日		年 月 日			
本人の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知書 <input type="checkbox"/> 市が番号を確認することの同意あり <input type="checkbox"/> ()		保護者の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知書 <input type="checkbox"/> 市が番号を確認することの同意あり <input type="checkbox"/> ()		申請者の身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ()		代理権の確認 <input type="checkbox"/> 委任欄 <input type="checkbox"/> ()		代理人の身元確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ()			