西宮市保健所受付

様式第１号

# 養育医療給付申請書

年　　月　　日

保健所長　様

申請者　住所　〒　　－

氏名　　受診者との続柄（　　）

電話番号　（　　）　　－

生年月日　　年　　月　　日生

未熟児養育医療の支給認定にかかる世帯の住民票記載事項及び私の収入及び世帯に属する市民税等を西宮市が確認することに同意します。

また、提出した医療意見書等に不備があった場合に、西宮市より医療機関に確認することに同意します。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 受診者 | フリガナ<br>氏　名 | | 性別 | | 生年月日 | 年　月　日 |
| | 個人番号 | | | | | |
| | 住所地<br>（住民票所在地） | 〒<br>□申請者住所と同じ | | | | |
| | 現在地 | 病院内　・　その他（　　） | | | | |
| 扶養義務者 | フリガナ<br>氏　名 | | | | 受診者との続柄 | |
| | 個人番号 | | | | | |
| | 居住地 | 〒<br>□申請者住所と同じ | | | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | | 保険者番号 | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | | 病院名<br>〒 | | | | |
| 医療券送付先 | | 申請者住所　・　扶養義務者住所　・　その他<br>（〒　　－<br>あて名　　様） | | | | |
| 委任状 | | 私は養育医療給付申請に係る一切の権限を<br>受任者　　続柄（　　）　に委任します。<br>委任者　　（自署） | | | | |
| 職員記入欄 | | □　申請者の本人確認　個人番号カード・運転免許証・被保険者証・旅券<br>官公署等が発行する証明書（氏名及び生年月日又は住所が記載されているもの） | | | | |