養　育　医　療　給　付　申　請　書

1　新規　　2　継続

＊太枠の中のみ御記入ください。

<table>
<tr><td rowspan="2">被保険者証等の
記号・番号</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>保 険 者 名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">お子さんの氏名等</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">出生時の体重</td><td rowspan="2">g</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">保　護　者
（申　請　者）</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td>お子さんとの続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">〒</td></tr>
<tr><td>電　　話</td><td colspan="5">（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">指定養育
医療機関</td><td>名　　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td colspan="5">〒　　電話　　（　　）</td></tr>
</table>

三浦市長

年　　月　　日

上記のとおり申請します。

なお、市で保管する住民記録情報、税情報その他養育医療の給付決定に関し必要となる情報について、市長がこの事業を実施するために利用することに同意します。

御提出いただいた申請書及び養育医療意見書に係るお子さんの個人情報について、母子保健法第19条に基づき、早期に訪問指導等のサービスを提供する目的で、当該訪問指導等を行う所管課に提供します。

つきましては、個人情報の提供に当たりまして保護者の方の同意をお願いします。

なお、同意いただいた情報は、三浦市個人情報保護条例に基づき、適正な管理を行います。

申請書による基本情報及び養育医療意見書に係る個人情報を、訪問指導等を行う所管課に提供することについて同意します。

年　　月　　日

三浦市長

住所

氏名

処　理　欄	