

（表）

養育医療給付申請書（新規・継続）						
本人	ふりがな 氏名		性別		生年月日	
	居住地				個人番号	
	住所					
扶養 義務者	氏名		本人と の続柄		職業	
	居住地					
	住所				個人番号	
被保険者証の 記号及び番号		保険者の名称				
		保険者番号				
希望する指定 養育医療機関の 名称及び所在地						
福祉医療費（子ども）の対象の区別		<input type="checkbox"/> 対象となる <input type="checkbox"/> 対象とならない <input type="checkbox"/> わからない ※市記入欄				
備考						
<p>養育医療意見書、世帯調書等を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、福祉医療費の対象となる場合は、この申請書、養育医療意見書、世帯調書、市民税額等を証する書類その他の養育医療に係る情報（診療月、総医療点数、入院日数、公費請求額、自己負担額等）を福祉医療費の担当窓口を提供することに同意します。</p> <p>また、養育医療の給付を申請する場合、世帯の状況、市民税額等を証する書類その他の養育医療に係る必要事項を調査することに</p> <p>① 同意します。 ② 同意しません。</p> <p>※16歳以上の家族全員の同意が必要になります。同意書は裏面をご利用ください。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p>伊賀市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 本人との続柄 電話番号</p>						

(裏)

伊賀市長 あて

年 月 日

## 同意書

伊賀市子ども家庭支援課が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を  
処理するために限って 年度の地方税関係情報について取得するこ  
とに同意します。

フリガナ 氏名	申請者との 続柄	生年月日	住所

### 記載要領

1. 同意する者が自ら署名を行うこと。
2. 代理人（代理人が本人と同居する同一世帯の親族以外の場合）が同意書に署名する場合、本人からの委任状をとること。