第４号様式（その１）（第６条）

　　　年　　　月　　　日

　（宛先）

　鎌倉市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

住　所　　鎌倉市

氏　名

生年月日　　　 　　　　年　　　月　　　日生

お子さんとの続柄

電　話　　　　 　　　(　　　)

養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、この事業に関し必要な、市で保管する住民記録情報、税情報、その他受給可否等について必要な情報について、市長が利用することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本　　人 | ふりがな |  | １　新　規　　２　継　続　 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年 月 日 | 個人番号 |  | 男・女 |
| 加入健康保険 | 保険者名称 |  |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 記号及び番号 |  |
| 医　療　機　関（病院・診療所） | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |

処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担医療の受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 自己負担月額 | 階層　　　　　　円 |
| 有効期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 診療予定期間（継続診療予定期間） | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 次のとおり決定してよいでしょうか（伺い） | 起案 | ・　　　・ |
| （決　裁　欄） | 決裁 | ・　　　・ |
| 交付 | ・　　　・ |
| 決定区分 | 　□給付を行います。　□給付を行いません　理由（　　　　　　　　　　　　　　） |

第４号様式（その２）（第６条）

マイナンバーの利用に関する同意書

|  |  |
| --- | --- |
| 同意者① | 同意者② |
| ふりがな | ふりがな |
| 氏　名 | 氏　名 |
| 生年月日　　　　　　年　　月　　日 | 生年月日　　　　　　年　　月　　日 |
| **基準日（１月１日）時点の住所登録地**　下の該当する番号を〇で囲んで下さい（２　他市区町村の場合は（　）内に市区町村名をご記入下さい） |
| 年 | １　鎌倉市 | 年 | １　鎌倉市 |
| ２　他市区町村（　　　　　　　　　　　） | ２　他市区町村（　　　　　　　　　　　） |
| ３　海外 | ３　海外 |
| ４　その他 | ４　その他 |
| 年 | １　鎌倉市 | 年 | １　鎌倉市 |
| ２　他市区町村（　　　　　　　　　　　） | ２　他市区町村（　　　　　　　　　　　） |
| ３　海外 | ３　海外 |
| ４　その他 | ４　その他 |
| 年 | １　鎌倉市 | 年 | １　鎌倉市 |
| ２　他市区町村（　　　　　　　　　　　） | ２　他市区町村（　　　　　　　　　　　） |
| ３　海外 | ３　海外 |
| ４　その他 | ４　その他 |

年　　月　　日

（宛先）鎌倉市長

　下記の者は、鎌倉市長が養育医療券交付の審査に当たり、母子保健法第21条の４第１項の規定による事務を処理するため、地方税関係情報について取得することに同意します。

　なお、本書の複写は無効であり、上記事務の処理に限って同意することを申し添えます。

（注）

１　同意する者が自ら署名を行ってください。

２　代理人が同意書に署名する場合は、本人からの委任状等の代理権を証する書類を添付してください。

３　記載する欄が足りない場合は、欄外に記載してください。