

令和〇〇年〇〇月〇〇日

那珂市長 様

申請者 住所 那珂市 福田1819-5
氏名那珂 太郎
電話番号 029-298-1111
本人との続柄 父

本 人	ふりがな	なか さくら		生年月日	
	氏 名	那珂 さくら		令和〇〇年〇月〇〇日	
	個人番号	012345678901			
	住 所 地		〒 311-0192 那珂市 福田1819-5		
	現 住 地 (居住地と異なる場合)		〒 311-4145 水戸市双葉台3-3-1		
扶養義務者	ふりがな	なか たろう		本人との続柄	職 業
	氏 名	那珂 太郎		父	会社員
	個人番号	123456789012			
	居 住 地		〒 311-0192 那珂市福田1819-5		
	電 話 番 号		029-298-1111		
被保険者証 の記号番号	1234 5678900		保険者名	〇〇健康保険組合	
希望指定 医療機関	名 称	茨城県立こども病院			
	所在地	水戸市双葉台3-3-1			
申請受付年月日			決定年月日		

記載上の注意

- 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 「現住地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その所在地を記入してください。
- 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

記入例

様式第3号(第4条関係)

世帯調書					*階層区分	
児童の属する世帯構成	構成員名	続柄	性別	生年月日	職業(勤務先)	個人番号
	那珂 さくら	本人	女	ROO.O.O		012345 678901
	那珂 太郎	父	男	SOO.O.O	会社員	123456 789012
	那珂 花子	母	女	SOO.O.O	無職	234567 890123
	那珂 ひまわり	姉	女	HOO.O.O	△△保育所	345678 901234
	那珂 一郎	祖父	男	SOO.O.O	会社員	456789 012345
	那珂 和子	祖母	女	SOO.O.O	パート	567890 123456
養 義 務 者 世 帯 外 扶	氏名					
	住所					

証明欄

(1) 被保護者であることの証明	氏名 上記の者は、生活保護法による被保護者であることを証明します。 年 月 日	福祉事務所長	印
(2) 支援給付受給者であることの証明	氏名 上記の者は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付受給者であることを証明します。 年 月 日	福祉事務所長	印
市町村民税及び所得税の課税状況証明	世帯構成員名 (世帯外扶養義務者を含む)	市町村民税	所得税 年額
		非課税・課税	所得割均等割 非課税・課税 円
		非課税・課税	所得割均等割 非課税・課税
上記のとおり相違ないことを証明します。			
年 月 日			
市長村長、税務署長			
又は特別徴収義務者			印

同 意 書

記入例

養育医療の給付申請のため、私は、私の世帯員に一任され、那珂市が実施する世帯全員の課税状況の調査に同意します。

那珂市長

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 那珂市 福田1819-5

氏名 那珂 太郎

記入例

委任状及び同意書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

委任者

住 所 那珂市 福田1819-5

氏名 那珂 太郎

私は、那珂市長を代理人と定め、乳幼児医療福祉費助成制度（以下、医療費福祉費助成制度）に関する次の事項を委任します。

- 医療福祉費助成制度に基づく医療福祉費助成金の申請・請求・受領に関すること。
- 医療福祉費助成金を受領後に未熟児養育医療自己負担金の一部に充てること。
- 未熟児養育医療自己負担金に関する一切の権限。

ただし、医療福祉費助成制度の受給者でかつ未熟児養育医療給付受給者である期間中の、未熟児養育医療給付における自己負担金の一部の額に限る。

また、上記の委任事項を行うに当たって、医療福祉費助成制度に関する受給資格確認の必要が生じた場合、資格関係記録を閲覧することに同意します。

受給者氏名	那珂 さくら
生年月日	令和〇〇年〇月〇〇日

受任者 那珂市長

※ 未熟児養育医療給付では、母子保健法第21条の4の規定に基づき、那珂市が扶養義務者から養育医療自己負担金を徴収しています。しかし、養育医療受給者が医療福祉費助成制度の受給者である場合は、養育医療自己負担金の一部が各医療費助成制度の対象となるため、委任状を提出していただくことで、保護者に請求を行わず市の内部で処理することができます。