

養育医療給付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

申請者 郵便番号  
住 所  
連絡先  
本人との続柄  
氏名  
生年月日

養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所				
	現在地				
	個人番号				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	職業	
	氏名				
	住所				
	個人番号				
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
同意書					
私は、母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付及び同法第21条の4第1項の規定による費用の徴収に必要な範囲内で、市職員が私の住民基本台帳を確認し、及び地方税関係情報を取得することに同意します。					
氏名		氏名			
氏名		氏名			
氏名		氏名			

注 同意書には、世帯調書（様式第3号）に記載した全員の署名が必要です。