

様式第1号 (第3条関係)

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 000-0000 扶養義務者(生計維持者)の方が申請者となります。
 住 所 我孫子
 連絡先 000-0000
 本人との続柄 父
 氏名 手賀 沼男
 生年月日 昭和 64年 1月 1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	テガ ショウゾウ				お生まれになったお子様が本人となります。
	氏名	手賀 沼三				
	住 所	我孫子市我孫子 1858 番地				
	現 在 地	我孫子市沼の森 1 丁目 8 番地 58 号 (入院中の場合は病院の所在地)				
	個 人 番 号	555555555555				
扶養義務者	ふりがな	てが ぬまお	本人との続柄	父	職業	会社員
	氏名	手賀 沼男				
	住 所	我孫子市我孫子 1858 番地				
	個 人 番 号	666666666666				
被保険者証等の記号及び番号	我 0-99999999					お子様も含めて同世帯の方全員の署名(記名押印)が必要です。
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地	沼の森総合医療センター 我孫子市沼の森 1 丁目 8 番 58 号					
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 手賀 沼男		氏名 手賀 沼二				
氏名 手賀 沼女		氏名 手賀 沼三				
氏名 手賀 沼一		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。