

様式第1号(第4条関係)

養育医療給付申請書							
乳児	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	平成	年	月 日
			個人番号	⋮	⋮	⋮	⋮
	住所地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号 -					
現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号 -						
扶養義務者	ふりがな 氏名		乳児との続柄		職業		
	居住地	郵便番号 -					
	電話番号		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	名称						
	所在地						
備考							
<p>別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。 なお、申請にあたり、次のことに同意します。</p> <ol style="list-style-type: none">1 徴収基準額の算定にあたり、扶養義務者の所得を確認すること2 意見書等の情報を健康推進課に提供し、保健師等の家庭訪問に使用すること <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 氏 名 印 乳児との続柄 電話番号</p> <p>牧之原市長</p>							