

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	令和	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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">乳児との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p>牧之原市長</p>						