

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所地 (住民票所在地)		個人番号		
	現在地 (住所地と異なる場合)				
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		職業
	居住地				
	電話番号		個人番号		
被保険者証等の記号及び番号					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備考					
<p>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、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 郵便番号 住所 氏名 本人との続柄 連絡先（電話番号）</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> <p>鋸南町長</p>					
同意書					
<p>養育医療の給付に関し徴収金の算定に必要な地方税等に関する情報について、鋸南町が調査することに同意します。</p> <p>氏名 _____ ⑩      氏名 _____ ⑩</p> <p>氏名 _____ ⑩      氏名 _____ ⑩</p> <p>氏名 _____ ⑩      氏名 _____ ⑩</p>					
申請受付年月日	年 月 日				

備考

- 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 「現在地」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、その住所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。
- 申請者は、自署することにより、押印を省略することができます。
- 同意書は、世帯調書（別記第4号様式）に記載した扶養義務者全員の記名押印が必要です。