

様式第2号(第3条関係)

養育医療給付申請書

本人 (乳児)	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地 (住民票所在地)	郵便番号	個人番号		
	現在地 (居住地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏名				
	居住地 (住民票所在地)	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			
被保険者の氏名					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は、本人現在地と同じ場合は省略可能)					
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項の規定により上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(宛先)南砺市長</p> <p style="text-align: right;">申請者 郵便番号 住所</p> <p style="text-align: right;">本人との続柄</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p>					

<p>同意欄</p> <p>養育医療資格の申請に必要な範囲で、世帯に係る市民税課税情報等の確認行為に同意します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>
--

記載上の注意

「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。

添付書類

- 1 指定養育医療機関の医師の作成した養育医療意見書
- 2 世帯調書