

別 記

第 1 号様式 (第 2 条)

養 育 医 療 給 付 申 請 書															
本 人	ふりがな					性別	男・女	生年 月日	年 月 日						
	氏 名														
	個人番号														
	住 所 地 (住民票所在地)														
	現 在 地 (住所地と異なる場合)														
扶 養 義 務 者	ふりがな					本人と の続柄				職業					
	氏 名														
	個人番号														
	住 所														
	電 話 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>なお、当該申請にかかる審査のため、世帯の状況、課税状況、医療の状況等について、関係機関等に照会することに同意します。</p>															
												年	月	日	
申請者 氏 名						(本人との続柄)									
同意者 氏 名						(本人との続柄)		氏 名						(本人との続柄)	
氏 名						(本人との続柄)		氏 名						(本人との続柄)	
(宛先) 印西市長															
申請受付年月日		年 月 日													

注

- 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「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下さい。