

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												
医療保険の記号、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													
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。 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。 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

- 「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下さい。