

# 養育医療給付申請書

年 月 日

西都市長 殿

申請者 住所

氏名 ㊟

本人との続柄

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養育医療の給付を申請します。

本人	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	個人番号					
	居住地					
	現在地					
扶養義務者	ふりがな			本人との続柄		
	氏名					
	個人番号					
	居住地	郵便番号 ( )				
		電話番号 ( )				
被保険者等の記号及び番号				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						

自己負担金算定のため私及び私にかかる世帯員等の市町村民税の調査を行い、報告を求めることについて同意します。

年 月 日 氏名 (申請者) ㊟