

様式第1号（第2条関係）

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					
	住所地				個人番号	
	現在地					
扶養義務者	氏名		本人との続柄		職業	
	住所地				個人番号	
被保険者証等の記号及び番号	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						
<p style="text-align: center;">別紙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。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者 住 所 〒</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">本人との続柄</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">氏 名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">岩見沢市長 様</p>						

同意書

岩見沢市長 様

母子保健法第21条の4の規定に基づく費用の徴収額の決定のため必要があるときは、岩見沢市が世帯の市民税の課税状況等について調査し、地方税関係情報を取得することに同意します。

年 月 日

(扶養義務者) 住 所

氏 名

(扶養義務者) 住 所

氏 名