

様式第1号（第3条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

（扶養申請者）	フリガナ		本人との続柄	職業	
	氏名				
	住所	〒 —			
	電話番号	— —			

本人	フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	〒 —			
	現在地	〒 —			

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	
----------------------	--

同意書	
私は、母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付及び同法第21条の4第1項の規定による費用の徴収に必要な範囲内で、市職員が地方税関係情報を取得することに同意します。	
氏名 _____	氏名 _____
氏名 _____	氏名 _____
氏名 _____	氏名 _____

注 同意書には、世帯調書（様式第3号）に記載した全員の署名が必要です。