

様式第1号(第5条関係)

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日 年 月 日	
	住所 地 (住民票所在地)	郵便番号		個人 番号	
	現在 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
	ふりがな 氏名			本人と の続柄	
扶養義務者	居住地	郵便番号			
	電話番号		個人番号		
	被保険者証等の記号 及び番号				
被保険者証等の名称					
希望する指定養育医療機関 の名称及び所在地 <small>(所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)</small>					
備考					
<p>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>なお、申請にあたり、私の住民基本台帳情報、こども医療費受給資格情報及び地方税関係情報について、市長が公簿及び情報提供ネットワークシステムによる確認をすることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">住所 郵便番号 (341-) 三郷市</p> <p>申請者 本人との続柄 ()</p> <p style="text-align: center;">氏名 (自署もしくは記名押印)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">電話番号 (- -)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">三郷市長 あて</p>					
申請受付年月日	※	年 月 日	決定年月日	※	
		年 月 日		年 月 日	

※印欄は記入しないでください。