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		生年月日	年　月　日
	氏名			
	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		
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	
	氏名			
	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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)				
備考				

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。

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。

申請者住所　　郵便番号(341―　　)
三郷市

本人との続柄(　　)

申請者氏名(自署もしくは記名押印)

印

電話番号(　　―　　―　　)

年　月　日

三郷市長　　あて

申請受付年月日	※ 年　月　日	決定年月日	※ 年　月　日

※印欄は記入しないでください。