

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 千曲市長

別紙関係書類を添えて下記のとおり養育医療の給付を申請します。

申請者 住所
氏名
本人との続柄

記

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所				個人番号
扶養義務者	氏名				本人との続柄
	住所	(〒 —)			
	個人番号				電話番号
	氏名				本人との続柄
	住所	(〒 —)			
	個人番号				電話番号
	氏名				本人との続柄
	住所	(〒 —)			
被保険者証等の記号及び番号					保険者等の名称
希望する指定医療機関	所在地				
	名称				
同意書	千曲市養育医療給付審査等において、私の世帯の市民税・所得課税状況等を千曲市が調査することに同意します。 年 月 日 氏名 (印)				
備考					
申請受付 年 月 日				決定年月日	