

別 記

第 1 号様式 (第 2 条第 1 項)

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
氏 名
電話番号 ()
対象児との続柄

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。

対象児	ふりがな		生年月日	年 月 日								
	氏名	男・女										
	住所											
	現在地	(住所地と異なる場合、記載してください。)										
	個人番号											
医療保険各法による記号及び番号					保険者等の名称							

対象児と生計を一にする扶養義務者の氏名等												
扶養義務者	ふりがな		生年月日	年 月 日								
	氏名											
	住所						<input type="checkbox"/> 対象児と同居					
	対象児との続柄		個人番号									
扶養義務者	ふりがな		生年月日	年 月 日								
	氏名											
	住所						<input type="checkbox"/> 対象児と同居					
	対象児との続柄		個人番号									
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地												

同 意 書												
年 月 日												
<p>対象児及び養育医療の給付申請に当たり、市職員が対象児と生計を一にする扶養義務者の市町村民税の課税状況について、確認することに同意します。</p>												
署名 扶養義務者氏名 扶養義務者氏名												