

養育医療給付申請書

※太枠内のみ記入してください。

本人 (子ども)	ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
	住所		〒	個人番号
ふりがな 扶養義務者氏名		(本人との続柄)	個人番号	
被保険者証等の 記号及び番号			被保険者等 の名称	
住所		〒	電話番号 (連絡可能)	
希望する指定養 育医療機関	名称			
	所在地			
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、申請にあたり次のことについて同意します。				
<p>1 母子保健法(昭和40年法律第141号)第21条の4第1項による養育医療の給付に係る費用の徴収(自己負担金額)に対して支給されるべき福祉医療費の支給申請及び受領について市長に委任すること。</p> <p>2 自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳、市町村民税課税状況等の資料及び個人番号を閲覧、調査すること。</p> <p>3 福祉医療費で負担しない金額がある場合は、その金額について速やかに請求に応じること。</p> <p>4 本申請に関する情報を、上記の希望する指定養育医療機関に提供すること。</p>				
<p>年 月 日</p> <p>沼田市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 住所 氏名 (本人との続柄) 電話番号 個人番号</p>				

市記載欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> 母子手帳の写し <input type="checkbox"/> 保険証の写し <input type="checkbox"/> その他(住民税額決定通知書等・委任状【代理人選任届】・扶養親族等の申告書)			
認定状況	承認・不承認	受給者番号		階層区分
申請受付年月日			認定年月日	