

様式第2号（第3条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

加東市長 様

申請者 住 所  
氏 名

年 月 日生  
受療者との続柄（ ）  
電話（ ） -

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

なお、私は母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続を処理するために限って、  
年度の地方税関係情報及び住民基本台帳情報について市が調査することに同意します。

受療者 (乳児)	(ふりがな) 氏 名	男・女 年 月 日生
	住 所 地 (住民票所在地)	個人番号 電話番号 ( )
	現 在 地 (病院等の住所)	電話番号 ( )
扶養義務者	(ふりがな) 氏 名	受療者との続柄 ( ) 個人番号
	居 住 地 (現在の居住地)	
健康保険被保険者証	保険者の名称 記号・番号 被保険者氏名	
希望する指定医療機関の名称及び所在地	名 称 所 在 地 電話番号	
備 考		

記載上の注意

- ・申請者は、未熟児の保護者とし、申請書には、次に掲げる書類を添付してください。
  - (1) 養育医療意見書
  - (2) 世帯調書
- ・「居住地（現在の居住地）」欄は、現在居住している住所（帰省等をしている場合は帰省先等）を記入してください。