養　育　医　療　給　付　申　請　書

本人	フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生
	氏　名				
	居住地（住民票所在地）	〒３５２－００ 新座市　　丁目　　番　　号			
	個人番号				
	現在地（住民地と異なる場合）	〒			
扶養義務者	フリガナ		本人との続柄		職業
	氏　名				
	居住地	〒３５２－００ 新座市　　丁目　　番　　号			
	個人番号				
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
指定養育医療機関の名称・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。

年　　月　　日

（申請先）新座市長

申請者（保護者等）

住　所　新座市　　丁目　　番　　号

氏　名

本人との続柄

電　話　　（　　）

（日中連絡が取れる番号をご記入ください）

※裏面の同意書も御記入ください。

同　　意　　書

年　　月　　日

保健センター所長

世帯主住所 世帯主氏名	新座市　　丁目　　番　　号
世帯員住所 世帯員氏名	新座市　　丁目　　番　　号
世帯員住所 世帯員氏名	新座市　　丁目　　番　　号
世帯員住所 世帯員氏名	新座市　　丁目　　番　　号

貴センターが、未熟児養育医療の事務において、当該児童と生計を共にしている扶養義務者（父母、祖父母、兄姉等）の下記の事項が確認されることについて同意します。

記

１　収入状況及び市税等の課税状況に関して、税務部局に確認すること。