

養育医療給付申請書

本人	フリガナ		男 ・ 女	生年 月日	令和 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。						
令和 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		印			
	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

令和 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 ⑩
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号 ⑩
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号 ⑩
世帯員住所 世帯員氏名	新座市 丁目 番 号 ⑩

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、兄弟等）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。