

別記

第 1 号様式（第 4 条関係）

年 月 日

（宛先）新発田市長

住所
申請者 氏名
電話番号（ — — ）

養育医療給付申請書

次のとおり、関係書類を添えて養育医療の給付を申請します。
なお、養育医療の給付に係る審査のため世帯員の収入等の状況を調査・確認すること並びに今後の保健指導等に役立てるためこの申請書及び関係書類を活用することに同意します。

本人	ふりがな 氏名		生年月日		年 月 日														
	住所 (住民票所在地)		個人 番号																
	現在地 (住所地と異なる場合)																		
扶養 義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄																
	住所		個人 番号																
医療保険の記号及び番号				保険者等 の名称															
希望する指定養育医療機関 の名称及び所在地 (所在地は現在地と同じ場合省略可)																			

- (注)
- 1 本人の住所の欄は、住民票の所在地を記入してください。
 - 2 現在地の欄は、現在居住する場所を記入してください。

市記載 欄	受給者番号																		
	診療予定期間	・ ・ ~ ・ ・										階層区分				階層			
	受付日											徴収基準月額							