

別記第1号様式（第3条関係）

養育医療給付申請書													
受 療 者	ふりがな				男	生年	年 月 日						
	氏名				女	月日							
	住所				個人 番号								
	現在地												
被保険者証等の 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													
備 考													
<p>養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。また、併せて下記事項について承諾します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 母子保健法第21条の4第1項に規定する費用の算定に必要な私（本人の保護者）の世帯の市町村民税の賦課状況等について市が調査すること。</p> <p>2 子ども医療費の助成制度によって支払われる助成金について、未熟児養育医療給付に伴う徴収金に充当すること。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">富津市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 郵便番号</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">(連絡先：電話)</p> <p style="text-align: right;">受療者との続柄</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">申請者生年月日 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">【世帯員がいる場合】 世帯員氏名 印</p> <p style="text-align: right;">世帯員氏名 印</p>													
申請受付年月日													