

様式第2号（第3条関係）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名				
	個人番号				
	住 所 地 (住民票所在地)	〒 -			
人	現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒 -			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏 名				
	個人番号				
	居 住 地	〒 -			
	電 話 番 号	( )			
医療保険各法による記号及び番号					
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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)					
備 考					
<p>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。</p> <p>なお、蓮田市において必要があると認めるときは、私及び私の世帯員（以下「私達」という。）の住民基本台帳情報、市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課その他官公署に照会することに同意します。照会するにあたっては、関係する担当課その他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。また、この申請に関する情報を、上記医療機関に提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 〒</p> <p>氏名 個人番号 本人との続柄 電話番号 ( )</p> <p>蓮田市長 宛て</p>					
申請受付年月日				決定年月日	

- 注 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入してください。
- 3 「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。