

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
	氏名			
	個人番号			
	住所地 (住民票所在地)	〒 -		
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>				
年　月　日				
申請者　住所　〒				
<p>氏名 個人番号 本人との続柄</p> <p>電話番号　()</p>				
蓮田市長　宛て				
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。