

養育医療給付申請書

本 人	ふりがな	はすだ いちろう	男	生年月日	令和〇年〇月〇日
	氏名	蓮田 一郎			
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2			
	住所地 (住民票所在地)	〒349-0193 蓮田市黒浜2799-1			
扶 養 義 務 者	現在地 (住所地と異なる場合)	〒 - ※ 病院等に入院しているときはその住所を記入			
	ふりがな	はすだ たろう	本人との続柄	父	
	氏名	蓮田 太郎			
	個人番号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3			
居住地	〒349-0193 蓮田市大字黒浜2799-1				
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇				
医療保険各法による 記号及び番号		111・2222 (資格確認証等を見て記入)			
保険者等の名称		〇〇〇健康保険組合 (資格確認証等を見て記入)			
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)		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-2 〇〇〇病院			
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。 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。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 申請者 住所 〒349-0193 蓮田市大字黒浜2799-1 氏名 蓮田 太郎 個人番号 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 本人との続柄 父 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 蓮田市長 宛て					
申請受付年月日		決定年月日			

お名前が未定の時は、決まり次第ご連絡ください

電話番号は、日中、
連絡のつく番号(母の
携帯電話など)を記入
してください。

- 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。