

様式第2号(第3条関係)

養育医療給付申請書						
乳 児	氏名	フリガナ			性別	男・女
	個人番号					
	生年月日	年	月	日		
扶 養 義 務 者	氏名		乳児 との 続柄		職業	
	個人番号				連絡先	
	住所					
加入医療保険		記号・番号				
		保険者名称				
指定養育医療機関		名 称				
		所在地				
備考						
年 月 日						
あわら市長 様						
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、費用負担区分の認定のため、私の世帯の税務資料について、関係機関に調査し、照会し、又は閲覧することに同意します。						
また、本件に係る市の子ども医療費制度、母子家庭等医療費制度その他の福祉医療制度による助成金等については、あわら市に納付すべき未熟児養育医療給付に係る負担金に充てることに同意します。						
申請者 住所 氏名 (乳児との続柄)						