

金ケ崎町長 様

申請者住所 〒

氏 名 印

本人との続柄

電話番号

養育医療給付申請書

母子保健法第20条の規定に基づく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、次のとおり申請します。また、所得確認のために課税台帳の閲覧を行うことに同意します。

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所 地 (住民票所在地)	郵便番号		個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	居住地	郵便番号		個人番号	
	電話番号				
保険種別	国保・健保（政府・組合）・船保・共済・その他（ ）				
被保険者証等の記号及び番号					
被保険者等の名称					
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)					
備考					
<p>(地方税関係情報の照会に係る同意欄)</p> <p>私は、金ケ崎町が母子保健法第21条の4第1項に基づく事務手続をする場合に限り、 年度地方税関係情報を取得することに同意します。</p> <p>氏名 氏名 氏名 氏名 氏名 氏名</p>					

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「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。
- ・「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。
- ・「地方税関係情報の照会に係る同意欄」には、世帯調書（様式第4号）に記載した全員の署名が必要です。