

第4号様式(第6条関係)

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先)防府市長

別紙関係書類を添えて下記のとおり養育医療の給付を申請します。

記

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|------------------------------------|--|--|--|--|-----|--------|---|--|--|---|------|---|--|--|
| 申請者 | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | 本人との続柄 | | | | | | | | |
| 本人 (乳児) | 氏名 | ふりがな | | | | | 男・女 | 生年月日 | 年 | | | 月 | | 日 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 現在地 | <input type="checkbox"/> 下記医療機関に同じ | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | <input type="checkbox"/> 申請者に同じ ※扶養義務者が申請者と同じ場合は記入の必要はありません。 <input type="checkbox"/> にチェックをしてください。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | 本人との続柄 | | | | | | | | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | ※養育医療に関する書類の送付先について、帰省などにより住所地と異なる場合にご記入ください。 〒 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 被保険者等の名称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 医療保険各法による記号・番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類

- 1 養育医療意見書(第5号様式)
- 2 世帯調書(第6号様式)
- 3 世帯構成員又は世帯外扶養義務者の当該年度分の市町村民税額を証する書類