様式第１号(第５条関係)

養育医療給付申請書

<table>
<tr><td rowspan="4">本人</td><td>ふりがな</td><td rowspan="2"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>現住地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">扶養義務者</td><td>氏　名</td><td></td><td>本人との続柄</td><td></td><td>職　業</td><td></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td><td>個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者記号及び番号</td><td></td><td>保険者等の名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">希望する指定養育医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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、母子保健法第21条の4に基づく事務手続を処理するために、税務担当課から地方税関係情報を取得することに同意します。

また、本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。

（〒　　）

申請者住所

ふりがな

申請者氏名

申請者生年月日　　年　月　日

本人との続柄

年　月　日

（宛先）河内長野市長

申請受付年月日		進達年月日		決定年月日	
経由保健センター名					