**様式第１号（第３条関係）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **公費負担者番号** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | **有効期間** | | | **年　　月　　日～**  **年　　月　　日** | | | | | |
| **受給者番号** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | **交付年月日** | | | **年　　月　　日** | | | | | |
| **養育医療給付申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人** | **ふりがな** | | |  | | | | | | | | **男・女** | | **生年月日** | | | | **年　　月　　日** |
| **氏名** | | |  | | | | | | | |
| **住所地**  **（住民票所在地）** | | | **（〒　　　－　　　　）**  **電話　　　－　　－** | | | | | | | | | **個人番号** | | | | |  |
| **現在地**  **（住民票と異なる場合）** | | | **（〒　　　－　　　　）** | | | | | | | | | | | | | | |
| **保護者** | **氏名** | | |  | | | | | | | | **続き柄** | |  | | | | |
| **居住地** | | | **（〒　　　－　　　　）**  **電話　　　－　　－** | | | | | | | | | | | **個人番号** | |  | |
| **被保険者証等の記号及び番号** | | | |  | | | | | | **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能）** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **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、本申請の審査に当たり、私は、私の世帯員の委任を受け、鹿沼市が世帯員の市民税の課税**  **台帳等を確認することに同意します。**    **年　　月　　日**  **鹿沼市長　　　　　　　宛**  **（〒　　　－　　　　）**  **住所**  **申請者　氏名　　　　　　　　　　印**  **本人との続き柄（　　　　）**  **電話（　　　　）　　　－** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**※太枠の中のみ記入してください。**

**（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、現在の居所を記入してください。病院等に入院している場合は、病院等の住所を記入してください。**

**３　「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等をしている場合は、帰省先の住所を記入してください。**