様式第１号（第３条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		男・女	生年月日	令和　　年　　月　　日
	氏　　名				
	住所地（住民票所在地）	（〒　　－　　）		個人番号	
	現在地（住民票と異なる場合）	（〒　　－　　）			
扶養義務者	氏　　名		本人との続柄		
	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）					
備考					

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。

申請者住所（〒　　－　　）
鹿沼市
本人との続柄（　　）
申請者氏名

電話番号（　　）　　－

年　　月　　日

鹿沼市長　　宛

※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。

母子保健法及び児童福祉法に基づく「こんにちはあかちゃん訪問事業」の担当課に、この申請と別添の「養育医療意見書」の情報を共有することに同意します。

申請者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

公費負担者番号	2	3	0	9	6	0	5	0	有効期間	令和　年　月　日～ 令和　年　月　日
受給者番号									決定年月日	令和　年　月　日