

養育医療給付申請書

本人	ふりがな	かぬま さつき	男・ <input checked="" type="radio"/>	生年月日	令和〇年4月1日
	氏名	鹿沼 さつき			
	住所地 (住民票所在地)	〒322-8601 鹿沼市今宮町1688番地1		個人番号	※記入不要です
	現在地 (住民票と異なる場合)	〒321-0293 栃木県下都賀郡壬生町大字北小林880番地			入院している病院の住所を記入
保護者	氏名	鹿沼 太郎	続き柄	父	
	居住地	上記「本人住所地」と同じ 電話 0289-63-2172		個人番号	※記入不要です
被保険者証等の記号及び番号		98765 4321	保険者等の名称	〇〇保険組合	
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)		上記「現在地」に病院の住所が書いてあれば、入院している病院名だけをお書きください。 獨協医科大学病院			
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。 令和 〇年 〇月 〇日 鹿沼市長 宛					
申請者 〒322-8601 住所 鹿沼市今宮町1688番地1 氏名 鹿沼 太郎 本人との続き柄 (父) 電話 (080) 1234-5678					

※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。

署名 鹿沼 太郎

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