様式第1号

秩父市

養育医療給付申請書

お子さん	ふりがな		生年月日	年　月　日生	
	お名前	（男・女）			
	住所地（住民票所在地）	〒	個人番号		
	現在地（住所地と異なる場合）	〒 ※病院等に入院している場合は、その住所を記入			
扶養義務者	ふりがな		お子さんとの続柄		職業	
	お名前					
	居住地	〒			
	電話番号		個人番号		
被保険者証の記号及び番号			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		※所在地について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、この申請に関して、次のことに同意します。

- 私と私の世帯に関する情報（住民記録情報、税情報、その他受給可否や徴収基準額の決定に必要な情報等）について必要な情報を、閲覧、調査、利用すること。
- 本申請に関する情報を、該当医療機関に提供すること。
- 本申請に関する情報を、未熟児訪問指導事業及び養育支援事業の資料として使用されること。

年　月　日

〒　　－

住所　秩父市

申請者　氏名

電話番号　（　　）

本人との続柄（　　）

秩父市長　あて

市役所記載欄

申請受付年月日		決定年月日	