

盛岡市長様

申請者 住所
氏名

本人との続柄
電話番号(自宅)
(その他の連絡先)

養育医療給付申請書

別紙関係書類を添えて、次のとおり養育医療の給付を申請します。

| | | | | | | |
|------------------|--|--------------------------|--------|------|--------|--|
| 本人 | ふりがな氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日生 | |
| | 居住地 | 〒 | | | | |
| | 現在地 | 〒 | | | | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 扶養義務者 | 氏名 | | 本人との続柄 | | 職業 | |
| | 個人番号 | | | | | |
| | 居住地 | | | | | |
| 保険種別 | 国保（一般・退職）・国保組合・協会けんぽ・組合健保 共済組合・その他（ ） | | | | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | | 保険者等の名称 (被保険者証の発行機関名) | | | | |
| 希望する指定養育医療機関の名称 | | | | | | |
| 希望する指定養育医療機関の所在地 | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

費用負担区分認定のため、世帯の課税台帳を閲覧することに同意します。

氏名