第３号様式（第４条第１項関係）

|  |
| --- |
| **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　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 現在地 |  |
| 個人番号 |  |
| 扶 養 義 務 者 | ふりがな |  | 本人との続柄 |  | 職業 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 個人番号 |  |
| 医療保険資格情報の記号及び番号 |  | 保険者等の名称 |  |
| 指定養育医療機関の名称及び所在地 |  |
| 備　　　考 |  |
| 養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第９条第１項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。なお、当該申請に係る審査のため、私の世帯の状況及び課税状況等について照会することに同意します。また、養育医療の申請に関する情報や保健指導の情報が保健医療の連携にかかる情報として、医療機関・県・市間で共有されることに同意します。　　令和　　年　　月　　日申請者　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　（宛先）白井市長 |
| 申請受付年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |