養育医療給付申請書（新規・継続）

本　人	ふりがな 氏　名					性別		生年 月日	年　月　日				
	個人番号												
	住　所												
	現在地												
保護者	氏　名					本人との続柄		職　業					
	個人番号												
	住　所												
被保険者証の記号及び番号			保険者の名称										
			保険者番号										
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地													
福祉医療費（子ども）の対象の有無		□対象となる　□対象とならない　□わからない											
備　考													

養育医療意見書、世帯調書を添えて上記のとおり養育医療給付を申請します。

また、医療費助成の対象となる場合は、この養育医療に係る情報を医療費助成の担当窓口に提供すること、及び市長が養育医療の給付を行わないことを決定した場合において、その旨を当該申請書に記載されている指定養育医療機関に通知することに同意します。

年　　月　　日

申請者

住所（〒　　－　　）

ふりがな

氏　名　　㊞

（電話番号　　－　　－　　）

名張市長　　宛て