

様式第3号（第4条関係）

（表）

養育医療給付申請書													
本人	ふりがな							男・女	生年月日	年 月 日			
	氏名												
	個人番号												
	居住地	〒											
	現在地	〒											
保護者	ふりがな							本人との続柄	職業				
	氏名												
	個人番号												
	居住地	〒											
被保険者証等の記号及び番号								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													
<p>同意欄</p> <p>次の保護者又は扶養義務者は、市が母子保健法第21条の4第1項に基づく費用の徴収に関する事務手続を処理するために限って_____年度の地方税関係情報を取得することに同意します。</p>													
氏名	ふりがな					本人との続柄	氏名	ふりがな					本人との続柄
住所							住所						
						<input type="checkbox"/> 本人と同居							
生年月日		昭・平	年	月	日	生年月日		昭・平	年	月	日		
氏名	ふりがな					本人との続柄	氏名	ふりがな					本人との続柄
住所							住所						
						<input type="checkbox"/> 本人と同居							
生年月日		昭・平	年	月	日	生年月日		昭・平	年	月	日		

(裏)

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。

令和 年 月 日

申請者（保護者）
住所 〒

電話番号 ()

氏名（署名または記名押印）

本人との続柄 ()

(提出先)
川越市保健所長

備考

- 1 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。帰省している場合は、帰省先を記入してください。
- 2 現在地の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- 3 同意欄は、同意する当該児童本人の保護者又は扶養義務者（18歳以上）が自ら署名してください。
- 4 代理人が同意欄に署名する場合、当該保護者又は扶養義務者からの委任状を併せて提出してください。