

養育医療給付申請書

1 新規 2 継続

〔 太枠の中だけボールペンで
強く記入してください。 〕

被保険者証等の 記号及び番号		保険者名			
お子さんの 氏名等	ふりがな			出生時の体重	g
	氏名				
	住所	(〒) 電話		個人番号	
生年月日	年	月	日	男・女	
保 護 者 (申請者)	氏名				
	生年月日			お子さん との続柄	
	住所 (お子様と別 の場合)	(〒) 電話		個人番号	
医療機関 (病院・診療所)	名称				
	所在地				

上記のとおり申請します

年 月 日

大和市長 あて

養育医療の認定に必要な住民登録記載事項、所得の状況、その他受給の可否に必要な情報について、公簿等で確認することに同意します。また、本申請書及び養育医療意見書に係る個人情報について、妊産婦・新生児等訪問事業の資料として使用することに同意します。

保護者氏名

第3号様式（第2条関係）

（用紙日本工業規格A4縦長型）

世 帯 調 書

	(ふりがな) 氏 名	続 柄	性 別	同居別 居の別	生 年 月 日	職 業 勤 務 先
児童の属する世帯					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
					年 月 日	
世帯外扶養義務者					年 月 日	
					年 月 日	
備 考						

※「児童の属する世帯」欄は、本人と生活を一にしている全員について、本人を含めて記入してください。

※「世帯外扶養義務者」欄は、本人と同居していない扶養義務者で、本人を扶養している方のみ記入してください。