

令和 年 月 日

（宛先）むつ市長

【申請者】氏 名

住 所 〒

本人との続柄 父・母・他（ ）

養育医療給付申請書

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、当該申請に係る審査のため、世帯の状況、市民税の課税状況等について、照会することに同意します。

記

|                    |       |                                                                                                                                                      |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
|--------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 本人<br>(乳児)         | ふりがな  |                                                                                                                                                      | 生年月日      |  | 性別       |                                                                                                      |                                      |
|                    | 氏名    |                                                                                                                                                      | 令和 年 月 日  |  | 男・女      |                                                                                                      |                                      |
|                    | 住所    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と別 →〒<br>むつ市                                                                          |           |  |          | (書類送付先)<br><input type="checkbox"/> 住所<br><input type="checkbox"/> 居住地<br><input type="checkbox"/> 他 |                                      |
|                    | 居住地   | <input type="checkbox"/> 住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 住所と別 →〒                                                                                   |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
|                    | 個人番号  |                                                                                                                                                      |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
| 扶養<br>義務者          | ふりがな  |                                                                                                                                                      | 生年月日      |  | 本人との続柄   |                                                                                                      |                                      |
|                    | 氏名    |                                                                                                                                                      | S・H 年 月 日 |  | 父・母・他（ ） |                                                                                                      |                                      |
|                    | 住所    | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ<br><input type="checkbox"/> 申請者と別 →〒<br>_____                                                                        |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
|                    | 居住地   | <input type="checkbox"/> 住所と同じ<br><input type="checkbox"/> 住所と別 →〒<br>_____                                                                          |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
|                    | 個人番号  |                                                                                                                                                      |           |  |          |                                                                                                      | 職業<br>公務員・会社員・自営業・パート<br>・学生・無職・他( ) |
|                    | 電話番号  |                                                                                                                                                      |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
| 保険証<br>等情報         | 保険者名称 | <input type="checkbox"/> 全国健康保険協会 _____ 支部<br><input type="checkbox"/> _____ 組合<br><input type="checkbox"/> むつ市国保 <input type="checkbox"/> 他 → _____ |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
|                    | 記号番号  | 記号 _____ 番号 _____                                                                                                                                    |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
| 希望指定<br>養育医療<br>機関 | 所在地   |                                                                                                                                                      |           |  |          |                                                                                                      |                                      |
|                    | 名称    |                                                                                                                                                      |           |  |          |                                                                                                      |                                      |