

様式第1号（第2条第1項関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	個人番号				
	住所地 (住民票所在地)	〒			
	現所在地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	個人番号				
	居住地	〒			
	電話番号				
被保険者証等の記号及び番号					
被保険者等の名称					
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地					
備考					
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。 年 月 日 申請者住所 〒 本人との続柄 申請者氏名 電話番号 (宛先) 伊豆の国市長					
申請受付年月日		決定年月日			

【市民税額等を調査することの同意】

養育医療の給付に当たり、市職員が世帯の住民基本台帳、所得状況及び課税状況等について調査することに同意します。

扶養義務者

世帯主（扶養義務者と異なる場合）

（署名または記名押印）

【家庭訪問のための情報提供の同意】

提出した養育医療意見書等の医療情報を退院後の訪問指導を担当する部署に提供すること及び当該部署が訪問指導に必要な情報を医療機関へ問い合わせることに同意します。

扶養義務者

（署名または記名押印）