

養育医療給付申請書

年 月 日

蕨市長あて

住 所（〒 ）

申請者 氏 名

電話番号

本人との続柄

別紙関係書類を添えて下記のとおり養育医療の給付を申請します。審査にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況等について関係する担当課その他官公署に照会することに同意します。

記

本人	ふりがな		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	居 住 地	〒	個人 番号		
	現 在 地	〒			
扶 養 義 務 者	ふりがな		本人 との 続柄		
	氏 名				
	居 住 地	〒	電話 番号		
			個人 番号		
加入医療保険の記号 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		〒			
備 考					
申請受付年月日		保健センター記入欄	決定年月日		保健センター記入欄

（添付書類）

- （1） 養育医療意見書
- （2） 世帯調書
- （3） 市町村民税額を証明する書類
- （4） 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類