

様式第1号（第3条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名・性別	(男・女)	福祉医療費 受給資格者番号	
	住 所		個人番号	
被保険者証等の 記号及び番号			保 険 の 種 類	国保 ・ 被保 その他 ( )
希望する指定養 育 医 療 機 関	名 称			
	所在地			
<p>上記のとおり、養育医療の給付を申請します。なお、申請に当たり、次のことについて同意します。</p> <p>1 自己負担限度額の決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳及び所得課税状況等の資料を閲覧及び調査すること。</p> <p>2 養育医療の給付に係る費用の徴収（自己負担額）に対して支給されるべき福祉医療費の支給の申請及び受領については、市長に委任すること。</p> <p>3 福祉医療費の対象とならない金額が有る場合は、当該金額について速やかに請求に応じること。</p> <p>4 本申請に関する情報を指定養育医療機関に提供すること。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>安中市長 様</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 住 所 〒 -</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(本人との続柄 )</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p>				

安中市記入欄（以下は、記入しないでください。）

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
妊娠高血圧 症 候 群	有 ・ 無	出 産 の 状 況	<input type="checkbox"/> 満期産 <input type="checkbox"/> 早期産 (妊娠満 週)	
妊娠中の異常	有 ・ 無	低体重児届出状況	<input type="checkbox"/> 届出なし <input type="checkbox"/> 届出済み ( 年 月 日受付)	
保健師の訪問	有 ( 年 月 日訪問) ・ 無			
家 庭 環 境 生 活 環 境				
認 定 状 況	承認・不承認	番号		階層区分
受付年月日			認定年月日	

