

様式第 1 号（第 2 条関係）

					階層区分	
養育医療給付申請書（ 初回 ・ 継続 ・ 転院 ）						
本人	ふりがな		男・女	生 年	年 月 日	
	氏名			月 日		
	居住地				個 人	
	現住所				番 号	
申請者 (保護者)	氏名				本人との 続柄	
	生年月日	年 月 日			電話番号	
	住所				個 人 番 号	
被保険者証等の種別 （該当するものを○ で囲むこと）		全国健康保険協会管掌健康保険・健康保険組合・船員保険 共 済 組 合 ・ 国 民 健 康 保 険 ・ 生 活 保 護 ・ そ の 他 （ ）				
被保険者証の記号及 び番号		記号番号		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						
養育医療の給付の申請に関し、給付の可否等の決定のために必要な範囲内において、私及び私の属する世帯に係る市が保管する住民基本台帳情報、市民税情報その他必要な情報について、閲覧することに同意します。						
年 月 日 申請者氏名 (宛先) 天童市長						
受付年月日	年 月 日		決定年月日	年 月 日		

留意事項

- 1 「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「現住所」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院している場合は、その所在地を記入してください。
- 3 添付書類として、その年度の 1 月 2 日以後に転入した者がある場合は、その所得税額及び市町村民税額を証する書類等を添付してください。