別記

第１号様式(第３条関係)

年　　月　　日

　（あて先）八戸市長

住所

申請者　氏名

本人との続柄

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、世帯の状況及び市民税の課税状況並びに生活保護の認定状況について、照会することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | ふりがな  氏名 |  | | | | | | | | | | | | 性別 | | | 男・女 | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 八戸市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 扶養義務者 | 現住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 本人との  続柄 | | | |  | | | | 職業 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証等の記号及び番号 | |  | | | | | | | | | | | | | 保険者等の名称 | | | | | |  | | |
| 希望指定養育  医療機関の名称  及び所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | 電話番号：  子ども医療費助成：該当・非該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | |  | | | | | | | | | | | | | | 決定年月日 | | | |  | | | |

　注　太枠内には、記入しないこと。