様式第３号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 養　育　医　療　給　付　申　請　書養育医療給付申請書 |
| 本　　　　　人 | ふりがな氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 住所地（住民票所在地） | 〒 |
| 現在地（住所地と異なる場合） | 〒 |
| 扶養義務者 | ふりがな氏名 |  | 本人との続き柄 |  |
| 居住地 | 〒 |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 個人番号 |  |
| 被保険者証等の記号及び番号 |  |  |
| 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（所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能） |  |
| 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。また、養育医療費の額を決定するために必要な市町村民税の情報、世帯情報及び生活保護の受給情報を関係部署に照会し、情報を得ることに同意します。　　　令和　　　年　　月　　日　　　申請者住所 　〒　　　　　　氏名　　　　　（自署又は記名押印）　　　　　　電話番号　　　　本人との続き柄申請者氏名　　　 　　　　　　　　　　　（宛先）小樽市保健所長　 |
| 申請受付年月日 |  | 決定年月日 |  |

備考　記入上の注意事項について、余白に記載すること。