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。