

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

飯田市長

申請者(保護者)

〒

住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 _____

連絡先電話番号 _____

養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、飯田市が、飯田市未熟児養育医療費用徴収条例の規定に基づき徴収する費用を算定するために必要となる住所、所得状況、所得税課税額、市民税課税額等の情報を公簿等により確認すること及び飯田市福祉医療費給付金条例の規定に基づき支給される給付金を徴収費用額に充当することを承諾します。

記

本人	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	令和 年 月 日
	住所地 (住民票における住所)	〒	個人番号	
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒		
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	
	氏名		個人番号	
	居住地	〒	電話番号	
被保険者証等の 記号・番号			保険者等の 名称	
指定医療機関の 名称・所在地				
備考				

市役所 処理欄	適用期限	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	決定年月日	令和 年 月 日
	階層区分	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	交付者印	
		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	決裁印	