

養育医療給付申請書					
本人 （受療者）	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	令和 年 月 日
	住所 （住民票所在地）	郵便番号 名取市		個人番号	
	現在地 （住所地と異なる場合）	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄		
	居住地	郵便番号			
	電話番号		個人番号		
医療保険各法の 記号及び番号		記号 番号			
被保険者等の名称					
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					
同意欄	下記の者は、名取市保健センターが養育医療の事務手続きを処理するため、次のことについて調査及び委任することに同意します。（扶養義務者全員がそれぞれ署名してください。）				
	①地方税関係情報の調査（令和 年度分） ※診療月が1～6月の場合、前々年の所得に基づく前年度の税額を、7～12月の場合、前年の所得に基づく当該年度の税額を調査するものです。				
	②子ども医療受給の調査				
	③子ども医療受給の場合、徴収基準額分の振込を、名取市へ委任すること。				
	本人との続柄		ふりがな 氏名	生年月日	
	住所	☐ 本人住所と同じ ☐ 本人住所と異なる			
	本人との続柄		ふりがな 氏名	生年月日	
	住所	☐ 本人住所と同じ ☐ 本人住所と異なる			
	本人との続柄		ふりがな 氏名	生年月日	
	住所	☐ 本人住所と同じ ☐ 本人住所と異なる			

同意欄	本人との続柄		ふりがな		生年月日	
			氏名			
	住所	☐ 本人住所と同じ ☐ 本人住所と異なる				
	本人との続柄		ふりがな		生年月日	
			氏名			
	住所	☐ 本人住所と同じ ☐ 本人住所と異なる				
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。						
令和 年 月 日						
申 請 者 住 所 郵便番号						
名取市						
申 請 者 氏 名						
(自 署)						
本 人 と の 続 柄						
電 話 番 号						
名 取 市 長 あて						
申請受付年月日	令 和 年 月 日			決 定 年 月 日	令 和 年 月 日	

記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」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ときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。