

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				
保険者の名称					
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			

