

様式第 4 号（第 4 条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書						
未 熟 児	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月 日	令和 年 月 日	
	住 所	いすみ市			個人 番号	
	現 在 地					
保 護 者	ふりがな 氏 名		本人と の続柄		職業	
	住 所				個人 番号	
被保険者等の 記号及び番号		記号：	保険者等 の 名 称			
		番号：				
希望する指定養育 医療機関の名称及 び所在地		名 称				
		所在地				
備 考						
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、関係書類を添えて上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 (連絡先：電話番号) 未熟児との続柄 氏 名 生年月日 令和 年 月 日 いすみ市長 様						
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

未熟児の「住所」欄及び「現在地」欄には、未熟児が病院等に入院しているときは、その住所及び病院名を記入してください。

同意書

養育医療受給対象要件の確認及び徴収金の額の算定のため、申請者等の個人情報を閲覧することに同意します。また、いすみ市子ども医療費の助成に関する規則の規定による助成を受けることができる場合は、徴収金から当該助成を受けることができる額を控除することに同意します。

保護者氏名