

養育医療給付申請書

年 月 日

（あて先）塩尻市長

申請者 住所  
氏名  
乳児との続柄  
電話番号

母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、養育医療の給付を受けたいので、次のとおり申請します。

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名			個人番号	
	住所				
	現在地				
扶養義務者	氏名			個人番号	
	住所				
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					

1 申請書に添付が必要な書類

- (1) 養育医療意見書
- (2) 世帯調書
- (3) 課税資料の閲覧に関する同意書
- (4) 福祉医療費給付金の充当に関する同意書
- (5) 新生児本人の健康保険証
- (6) 個人番号（マイナンバー）がわかる書類
  - ・個人番号（マイナンバー）が記載された住民票
- (7) 申請者の本人確認書類（運転免許証等）