

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）新生児の加入する医療保険がわかる書類
（マイナ保険証・資格確認書・資格情報のお知らせ等）
- （6）世帯全員の個人番号（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等）
- （7）申請者の本人確認書類（運転免許証等）