

様式第 1 号（第 3 条関係）

養育医療給付（新規・継続）申請書													
乳 児	ふりがな							男・女	生年 月日	年 月 日			
	氏 名												
	個 人 番 号												
	住 所	桑名市											
	現 在 地												
保 護 者	ふりがな							乳 児 と の 続 柄					
	氏 名												
	個 人 番 号												
	住 所	桑名市											
	居 住 地												
被 保 険 者 証 等 の 記 号 及 び 番 号						保 険 者 等 の 名 称							
						保 険 者 番 号							
希 望 す る 指 定 養 育 医 療 機 関 の 名 称 及 び 所 在 地													
備 考													
養育医療意見書及び世帯調書を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。 年 月 日 申請者 住所 桑名市 氏名 乳児との続柄 電話番号 — — (宛先) 桑名市長													

記載上の注意

- ・「住所」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」の欄は、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。
- ・太線の枠内のみご記入ください。

【子ども総合センター記入欄】

住民確認	市町村民税 所得割額確認	階層区分／ 徴収基準額	福祉医療有	被保険者 資格証明写	附加給付有

受付印