

個人番号や税情報がわからない場合は同意してください。

個人番号や税情報等を綾瀬市が照会することに同意します。 保護者氏名 \_\_\_\_\_

第1号様式 (第2条関係)

《記入例》

保険証に記載の記号・番号です。

養育医療給付申請書

加入している健康保険の名前です。(例:〇〇健康保険組合)

公費負担者番号	2	3	1	4	6	2	0	2
公費負担医療の受給者番号								

1 新規 2 継続

(太枠の中だけボールペンで強く記入してください)

被保険者証等の記号及び番号	〇〇〇-△△△△			保険証発行機関	〇〇健康保険組合									
お子さんの氏名等	ふりがな	あやせ はなこ			出生時の体重	1,500g								
	氏名	綾瀬 花子												
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	性別
生年月日	令和〇年			生計維持者の方(お子さまが社会保険に加入している場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主の方)の氏名となります。										

個人番号を記載してください。い。

保護者(申請者)	氏名	綾瀬 太郎													
	個人番号	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	お子さまとの続柄	父
	住所	(〒252-1192) 綾瀬市 〇〇 △-□-〇			電話 (〇〇〇〇) △△-□□□□										

個人番号を記載してください。い。

医療機関(病院・診療所)	名称	〇〇市民病院		
	所在地	〇〇市△△ 〇-〇〇-△		

有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
診療予定期間(継続診療予定期間)	年 月 日から 年 月 日まで
自己負担月額	階層 円

上記のとおり申請します。

令和〇年 〇月〇日

市役所に提出する日付です。

(宛先) 綾瀬市長

本申請による、上記の個人情報未熟児訪問指導事業及び養育支援事業の資料として使用されることに同意します。

保護者(生計維持者)の方の氏名となります。

保護者氏名 綾瀬 太郎