

養育医療給付申請書

本人 (子ども)	ふりがな氏名		生年月日	年	月	日
	(男・女)		個人番号			
			福祉医療費受給資格者番号			
住所						
扶養義務者氏名			個人番号			
被保険者証等の記号及び番号			保険の種類	国保・被保・その他()		
希望する指定養育医療機関	名称					
	所在地					
<p>上記のとおり養育医療の給付を申請します。なお、申請に当たり次のことについて同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳及び市町村民税課税状況等の資料を閲覧、調査すること。また、本申請に関する情報を上記医療機関に提供すること。 ・養育医療の給付に係る費用の徴収（自己負担金額）に対して支給されるべき伊勢崎市福祉医療費の支給申請及び受領について伊勢崎市長に委任すること。また、福祉医療費で負担しない金額がある場合は、その金額について速やかに請求に応じること。 <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(宛先) 伊勢崎市長</p> <p style="text-align: right;">申請者 千 住所 氏名 印 (本人との続柄) 電話番号</p>						

伊勢崎市記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 養育医療意見書 <input type="checkbox"/> 世帯調書 <input type="checkbox"/> その他()					
妊娠中毒症	有・無	出産の状況	<input type="checkbox"/> 満期産 <input type="checkbox"/> 早期産 (妊娠満 週)			
妊娠中の異常	有・無	低体重児届出状況	<input type="checkbox"/> 未届 <input type="checkbox"/> 届出済 (市受付 年 月 日)			
保健師の訪問	無・有 (訪問 年 月 日)					
家庭環境 生活環境						
認定状況	承認・不承認	番号		階層区分		