

様式第1号（第4条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

小野市長 様

<申請者> 住所

氏名

印

電話

本人との続柄

養育医療の給付について、別紙関係書類を添えて申請します。

本（受療者） 人	ふりがな			性別	男 ・ 女
	氏名			生年月日	年 月 日
				個人番号	
義扶 務養 者	氏名			個人番号	
	住所				
被保険者証等の 記号及び番号	記号		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	名称				
	所在地				

同意書

下記の者は、小野市が母子保健法第21条の2、第21条の3及び第21条の4に基づく事務手続を処理するために限って 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者 (申請者)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	本人	
	住所				<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄		
	住所				<input type="checkbox"/> 申請者と同居

※同意する者が自ら署名を行うこと。(本人が属する世帯の世帯員全員の同意が必要。)
 ※同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は裏面に記載してください。

(添付書類)

- ・養育医療意見書（様式第2号）
- ・世帯調書（様式第3号）

※第8条第3項の規定による申請の場合は省略できる。

	養育医療意見書	世帯調書	保険証写し
市担当者記入欄			

(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
-------------------	-------

受付印

同意者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄	
	住所			<input type="checkbox"/> 申請者と同居