

養育医療給付申請書

本人	フリガナ			性別	男・女	
	氏名	(姓)	(名)			
	生年月日	年	月	日	*満1歳未満の方が対象です。	
	個人番号					
扶 養 義 務 者	フリガナ					
	氏名	(姓)	(名)			
	生年月日	年	月	日	電話	()
	個人番号					
	本人との続柄	1 父	2 母	3 その他()		
住所	〒 _____ 東村山市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番地 _____ 号 _____ 様 方					
保 險 証	種 類	協会健保・船員・日雇・組合・共済・国保／生保(該当するものに○を付けてください。)				
	記 号	番 号	保 険 者 番 号			
			保 険 者 名			
<p>「養育医療の給付を申請される方へ」に記載された内容を理解しましたので、関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p><u>なお、私は養育医療給付額の確定後に、費用徴収額に係る乳幼児医療費助成制度及びひとり親家庭等医療費助成制度に基づく医療費助成の受領に関する一切の権限を、東村山市長に委任いたします。</u></p> <p><u>この申請書により証明すべき事実を、公簿等により確認すること及び個人番号を用いて地方税関係情報を取得することに同意いたします。</u></p> <p style="text-align: center;">年 月 日 (署名) 本人との続柄</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏名</p> <p>(申請先)東村山市長</p>						

受 付 印

(注) 太枠内のみ記入してください。