

養育医療給付申請書

年 月 日

熊谷市長 富岡 清 宛

住 所 〒
熊谷市 _____

申請者 氏 名 _____ (印)
本人との続柄 _____

電 話 _____

養育医療の給付について、別添関係資料を添えて下記のとおり申請します。
記

対 象 者	ふりがな 氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日
	住 所 地 (住民票所在地)	〒			個人 番号
	現 在 地 (住所地和異なる場合)	〒 ※病院等に入院している場合は、その住所を記入			
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人と の続柄		
	居 住 地	〒 ※帰省等をしている場合は、帰省先等を記入			
	電話番号			個人 番号	
被保険者証等の 記号及び番号			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		※現在地と同じ場合は、省略可能			
備 考					
申請受付年月日			決定年月日		

同意書	
① 熊谷市に納付すべき未熟児養育医療給付の自己負担金について、こども医療費の支給申請及び受領に関する権限を熊谷市に委任することに同意します。	
② 養育医療給付申請を行うに当たり、自己負担金の決定のため、対象者の身体状況及び私の課税状況等について、関係部署に照会し、又は証明書を取得することに同意します。	
同意者（申請者）氏名 _____ (印)	