

第1号様式（第2条第1項）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所				
	現在地				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	職業	
	氏名				
	住所				
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					
備考					
<p>養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p>また、養育医療費の給付の算定に必要な私の世帯の町民税課税状況を、確認することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 郵便番号 住所</p> <p style="text-align: center;">(連絡先：電話)</p> <p style="text-align: center;">本人との続柄 申請者氏名 ⑩</p> <p style="text-align: center;">申請者生年月日 年 月 日</p> <p>(あて先) 酒々井町長</p>					
申請受付 年月日					

注 申請者は、氏名を自署することにより、押印を省略することができる。
 注 町民税の確認承諾をされない場合や転入等により本町で町民税が課税されていない場合は、子どもの属する世帯の市町村民税の課税状況を証明する書類の添付が必要です。