

第6号様式(第5条関係)

養 育 医 療 給 付 申 請 書			
本 人	ふりがな 氏 名		男 女
	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒	
	個人番号		
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本 人 と の 続 柄
	生年月日	年 月 日	電 話 番 号
	住 所	〒	
	個人番号		
被保険者証等の 記号及び番号		保 険 者 番 号	
		保 険 者 名	
区が保有する台帳の閲覧に係る同意	未熟児養育医療の給付認定の審査に当たり、区が保有する、課税台帳、住民基本台帳、国民健康保険資格台帳、中国残留邦人支援給付台帳及び生活保護受給台帳のうち必要と認めるものを閲覧することに(同意します ・ 同意しません)。		
<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (扶養義務者)</p> <p style="text-align: center;">中 野 区 長 宛て</p>			

※職員使用欄

受 付 印	本人確認欄 (個人番号等の身分確認済)
-------	---------------------