

第6号様式（第5条関係）

養育医療給付申請書

受療者	ふりがな						男 ・ 女
	氏名						
	生年月日	年 月 日					
	住民票上の住所	〒					
個人番号							
申請者	ふりがな				受療者との続柄		
	氏名						
	生年月日	年 月 日			電話番号		
	居住地	<input type="checkbox"/> 受療者の住民票上の住所と同じ場合は、チェックしてください(記載省略可)。 〒					
個人番号							
受療者の医療保険	記号	番号	枝番	保険者番号		種別	
				保険者名			
	資格取得年月日 年 月 日			被保険者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（記載省略可） 氏名（ ） 受療者との続柄（ ）		
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。  未熟児養育医療の給付認定の審査に当たり、区が、税情報、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確認することに同意します。  年 月 日  <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p>中野区長 宛て</p>							

記載上の注意

「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等をしている場合は、帰省先等を記入してください。

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 住民基本台帳等の確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）
保険情報確認	<input type="checkbox"/> 被保険者証等 <input type="checkbox"/> マイナポータル <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> その他（ ）