様式第1号（第5条関係）

養育医療給付申請書

（新規・変更・継続・転院）

本人	フリガナ		男・女	生年月日	
	氏名				
	居住地（住民票所在地）	郵便番号（　　－　　）			
	現在地（居住地と異なる場合）	郵便番号（　　－　　）			
保護者（扶養義務者）	フリガナ		本人との続柄		生年月日	
	氏名				
	居住地（住民票所在地）	郵便番号（　　－　　）		電話番号	－　　－
	個人番号				
保険	保険種別等	健保・国保・共済・その他・生保			
	被保険者等氏名		本人との続柄		保険者番号	
	保険者名称		被保険者証等記号及び番号		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地（所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能）					
備考					

別紙、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。なお、養育医療の給付及び負担金の徴収に必要な所得、税及び住民基本台帳並びに医療費支給状況の情報について、貴職が確認、調査することに同意します。また、養育医療の給付が決定した場合に、その決定内容について、貴職が指定養育医療機関に通知することに同意します。

諫早市長　様

年　　月　　日

申請者住所

申請者氏名　　（本人との続柄　　）

記載上の注意
・「居住地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。

（市記入欄）

申請受付年月日		給付決定年月日	
市町村民税額	円 （階層区分コード：　　加算：有・無）	審査結果	1. 決定 2. 却下 3. 保留
負担金額	円	特記事項	