

養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先）長野市長

〒

住 所

氏 名

乳児との続柄

連絡先（電話）

母子保健法第20条第1項の規定による養育医療の給付を受けたいので申請します。

本 人	ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所			個人 番号	
	現 在 地				
扶 養 義 務 者	氏 名				
	住 所			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				

添付書類

- 1 養育医療意見書（様式第4号）
- 2 健康保険証の写し
- 3 同意書及び世帯員全員の個人番号の確認できる書類
- 4 申請者の身元の確認できる書類（代理人申請の場合は（7））
- （5）代理人による申請の場合、委任状及び代理人の身元の確認できる書類

番号確認：個人番号カード 通知カード （ ） 代理人：委任状
身元確認：個人番号カード 運転免許証 パスポート （ ）