

様式第3号（第4条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

(宛先) 長野市長

郵便番号
住 所
氏 名
本人との続柄
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 地 <small>(住民票所在地)</small>	郵便番号		個人番号	
	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏 名			本人との 続柄	
	居 住 地	郵便番号			
	電 話 番 号			個人番号	
医療保険各法による記号及び番号				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 <small>(所在地は本人現在地と 同じ場合は省略すること ができます。)</small>					
備 考					

- 注 1 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 2 「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。
- 3 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。

添付書類

- 1 養育医療意見書（様式第4号）
- 2 その他市長が必要と認める書類