様式第３号（第４条関係）

養育医療給付申請書

本人	フリガナ			1	男
	氏　　名	(姓)	(名)	2	女
	生年月日	年　　月　　日	個人番号		
	住　　所	□扶養義務者と同住所の場合はチェック（記載不要） 郵便番号（　　－　　） 東京都三鷹市　　丁目　　番　　号 （建物名）			
扶養義務者	フリガナ				
	氏　　名	(姓)	(名)		
	生年月日	年　　月　　日	個人番号		
	本人との続柄	1　父　　2　母　　3　その他（　　）			
	住　　所	郵便番号（　　－　　）	電話　　（　　）		
		東京都三鷹市　　丁目　　番　　号			
		（建物名）			

被保険者等の記号及び番号	種類	国保・協会・組合・共済・その他（　　）（該当するものに○を付けてください。）		
	記号	番号	保険者番号	
			保険者名称	

①「養育医療の給付を申請される方へ」に記載された内容を理解しましたので、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。

②三鷹市ひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例及び三鷹市乳幼児の医療費の助成に関する条例に規定する医療証の交付を受けている場合、医療費助成額を養育医療給付自己負担額に充当することに同意します。

年　　月　　日

申請者氏名	(署名)	(続柄)

（あて先）三鷹市長

申請者電話番号　　（　　）

市受付印

認定	非認定

(注)１　太枠内のみ記入してください。
２　被保険者等の記号、番号、保険者番号等については、必ず当該情報が記載されている書類等を見て正確に記入してください。
３　この申請書及び添付資料により得られた個人情報は、個人情報保護に関する法律第69号に基づき、養育医療給付事務のためにのみ使用します。