

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					
申請者	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			番地		
団地・荘 マンション・アパート					号室			方		
保険証	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							

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	(署名又は記名押印)
-------	------------

(あて先) 三鷹市長

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 保険証の記号、番号、保険者番号等については、必ず保険証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、三鷹市個人情報保護条例に基づき、養育医療給付事務のためにのみ使用します。