

初回・継続

養育医療給付申請書

申請にあたり、塩竈市が市民税情報（同一世帯者を含む）の公募等の確認を行うことに同意します。

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地		個人番号	□□□□ □□□□ □□□□	
	現在地				
扶養義務者	氏名		本人との続柄		職業
	居住地		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					
備考					
<p>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、上記のとおり申請します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">申請者住所</p> <p style="margin-left: 100px;">申請者氏名</p> <p style="margin-left: 100px;">本人との続柄</p> <p style="margin-left: 100px;">電話番号</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">塩竈市長 殿</p>					
申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		