

様式第2号（第3条関係）

養育医療給付申請書					
本人	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
	氏名			個人番号	
	住所	東松山市			
	(転入の場合) 転入前の住所				
	現在地				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏名		職業		
	住所	東松山市		個人番号	
	電話番号				
医療保険各法の記号及び番号		記号	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>別紙関係書類を添えて、上記のとおり養育医療の給付を申請します。</p> <p>なお、養育医療の給付の決定に当たり、受給資格確認のため、私及び家族の世帯情報を住民基本台帳により、また、所得を市県民税課税台帳、他の市町村への照会等により確認することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 東松山市 氏 名 本人との続柄</p> <p>東松山市長 宛て</p>					
申請受付年月日		決定年月日			