

養育医療給付申請書										承認・不承認	
本人	ふりがな 氏 名				男・女	生年月日	年 月 日生			認定	番号
	住 所					個人番号					階層 区分
保険者等の 名称						保険者 番号					
医療保険各法による 記 号 ・ 番 号		記 号		番号		保険の種類		国保 被保 その他			
希望する指定医療機 関の名称及び所在地											
上記のとおり、養育医療の給付を申請します。なお、申請にあたり次のことについて同意します。 ・自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳、市町村民税課税状況等の資料及び個人番号を閲覧、調査すること。また、本申請に関する情報を上記医療機関に提供すること。 ・養育医療の給付に係る費用の徴収（自己負担金額）に対して支給されるべき福祉医療費の支給申請及び受領について市長に委任すること。また、福祉医療費で負担しない金額がある場合は、その金額について速やかに請求に応じること。 年 月 日 （宛先）前橋市長 申請者 氏 住 所 氏 名 （本人との続柄 ） 電話番号 個人番号											

市記載欄

添 付 書 類	1 養 育 医 療 意 見 書			
	2 世 帯 調 書			
	3 そ の 他 （ ）			
妊 娠 中 毒 症	有 ・ 無		妊 娠 中 の 異 常	有 ・ 無
出 産 の 状 況	満 期 産 早 期 産 （妊娠満 週）			
低 体 重 児 届 出 状 況	未 届 ・ 届出済 （市受付 年 月 日）			
保 健 師 の 訪 問	無 ・ 有 （訪 問 年 月 日）			
家 庭 環 境 生 活 環 境				