

別記様式第1号 (第4条関係)

柏崎市 記載欄	受給者番号			
	診療予定期間	・ ・ ~ ・ ・	階層区分	階層
	所得税額		徴収基準月額	
	受付日		受付機関	

養育医療給付申請書

本人 (児)	ふりがな 氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住所	〒		個人番号	
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との続柄	職業	
	住所	〒		個人番号	
被保険者 記号・番号等			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

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。
 養育医療給付にかかる徴収基準月額を決定するため、必要があるときは、税務担当課又は
 福祉担当課にわたしの世帯全員の課税状況等について確認することに同意します。
 また、本申請に関する情報を、上記の医療機関に提供することについても同意します。

年 月 日

〒

住 所

申請者
(扶養義務者) 氏名

(自署の場合は、押印を省略できます)

本人との続柄

(電話番号 - -)

柏 崎 市 長 様