

様式第 3 号（第 8 条、第 11 条関係）

養育医療給付申請書（養育医療継続給付申請書）

年 月 日

袋井市長

申請者 住所
氏名
乳児との続柄
電話

母子保健法施行規則第 9 条第 1 項(袋井市母子保健法施行細則第11 条)の規定により、
次のとおり申請します。

なお、この申請に当たり、私の世帯の課税状況及び生活保護受給状況等について、市
が調査することに同意します。

乳児	ふりがな 氏 名			生年月日	年 月 日	
	住 所 地			個人番号		
	現 在 地					
扶養 義務 者	ふりがな 氏 名		乳児との続柄		職 業	
	居 住 地			個人番号		
医療保険各法の 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						

添付書類

- 1 養育医療意見書（様式第 4 号）
- 2 世帯調書（様式第 5 号）
- 3 その他市長が必要と認めるもの