

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 ⑩  
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		性別	男・女	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	
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						

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