

様式第4号（第4条関係）

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな		性別	男	生年	令和 年 月 日
	氏名			女	月日	
	住所				個人番号	
	現在地	(入院している病院の住所)				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		職業	
	氏名					
	住所					
	電話番号		個人番号			
被保険者証等の記号及び番号		保険者等の名称				
指定医療機関の名称及び所在地						
備考	<p>養育医療の給付を受けたいので、佐倉市母子保健法施行細則第4条第1項の規定により、関係書類を添えて上記のとおり申請します。</p> <p>なお、当該申請にかかる審査のため、私の世帯の状況及び課税状況等について照会することに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所 氏名 電話番号 本人との続柄</p> <p>(宛先) 佐倉市長</p>					
申請受付日	令和 年 月 日					

ご不明な点は母子保健課までお問い合わせください  
(電話：043-485-6712/FAX：043-485-6714)