

別記様式第2号(第3条関係)

養育医療給付申請書						
児	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名 個人番号					
	居住地					
	現在地					
扶養義務者	氏名 個人番号		児との 続柄		職 業 (勤務先)	
	居住地	電話 ()				
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						
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 児との続柄 個人番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>近江八幡市長 あて</p>						
<p>養育医療給付の決定について滋賀県知事に報告し、指定養育医療機関に通知することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>						

以下の者は、近江八幡市が母子保健法第20条に基づく事務手続きを処理するために限って 年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所 (<input type="checkbox"/> 申請者と同居)	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所 (<input type="checkbox"/> 申請者と同居)	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所 (<input type="checkbox"/> 申請者と同居)	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所 (<input type="checkbox"/> 申請者と同居)	
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所 (<input type="checkbox"/> 申請者と同居)	

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
---------	-------	-------	-------