

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					
	居住地					
	現在地					
扶養義務者	氏 名		児との 続 柄		職 業 (勤 務 先)	
	居住地	電話 ()				
医療保険各法による 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						
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。 申請者 住所 氏名 児との続柄 年 月 日 近江八幡市長 宛						
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。 氏名						

次に掲げる者は、近江八幡市が近江八幡市未熟児養育医療給付事業実施要綱第4条に基づく事務手続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 (☐ 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 (☐ 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 (☐ 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 (☐ 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 (☐ 申請者と同居)	

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