様式第１号(第３条関係)

養育医療給付申請書

１ 新規　２ 継続

本人	ふりがな			性別	男・女
	氏　名	(姓)	(名)		
	生年月日	年　月　日	＊満１歳未満の方が対象です。		
申請者	ふりがな				
	氏　名	(姓)	(名)		
	生年月日	年　月　日	電話番号	(　　)	
	本人との続柄	１　父　２　母　３　その他(　　)			
	住　所	〒206－　稲城市			
	マンション等				
保険証	種　類	協会健保・船員・日雇・組合・共済・国保／生保（該当するものに○を付けてください。）			
	記　号		保険者番号		
	番　号		保険者名		

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。
なお、養育医療の給付要件を満たすための、所得調査及び住民票調査・「養育医療意見書」の内容を指定養育医療機関へ確認することについて同意します。
また、乳幼児医療費助成制度の対象者である場合、養育医療の自己負担金から乳幼児医療費助成の助成額を差し引くため、乳幼児医療費助成制度に係わる所定の申請権限を稲城市福祉部子育て支援課長に委任します。

年　月　日

稲　城　市　長　殿

申請者氏名	(自署又は記名押印)

(注) 1 太枠内のみ記入してください。字は、楷書（かいしょ）ではっきり書いてください。
2 保険証の記号、番号、保険者番号等については、必ず保険証を見て正確に記入してください。
3 (1)養育医療申請書、(2)養育医療意見書、(3)養育医療世帯調書、(4)所得税額を証明する書類の順にとじてください。

認定	非認定	階層区分	徴収金基準額	公簿確認	
				住民票	課税台帳
台帳入力					

受付印