

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

北上市長 様

住所

氏名

印

本人との続柄

連絡先

養育医療給付申請書

母子保健法第20条の規定に基づく養育医療の給付を受けたいので、母子保健法施行規則第9条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

また、子ども等の福祉医療費給付制度の受給者である場合は、養育医療の負担金に同制度の給付金を充てるため、給付金の受領に関する権限について北上市長に委任します。

本 人	ふりがな		男・女	生年月日	年	月	日
	氏名		個人番号				
	住所						
	現在地						
扶 養 義 務 者	氏名		本人との続柄		職業		
	住所		個人番号				
保険種別		国保・健保（政府・組合）・船保・共済・その他（ ）					
被保険者証等の 記号及び番号			保険者等の名称 （被保険者証の 発行機関名）				
希望する指定養 育医療機関の名 称及び所在地							
備考							