

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

北上市長 様

住所
氏名
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 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
			個人番号		
人	住 所				
	現在地				
扶 養 義 務 者	ふりがな 氏 名		本人との続柄		
			個人番号		
	住 所				
医療保険各法の 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					