

養育医療給付申請書

年 月 日				
守谷市長 宛て				
申請者 住 所 〒				
氏 名				
電話番号				
本人との続柄				
本 人	氏 名（ふりがな）	男 女	生年月日	年 月 日
	住 所	個人 番号		
	現住所			
扶 養 義 務 者	氏 名（ふりがな）	本人との続柄	職業	
	住 所	個人 番号		
被保険者証の記号番号		保険者名		
希 望 指 定 医 療 機 関	名 称			
	所在地	市 町 郡 村	番地	
<p>必要があるときは、税務担当課に、私及び世帯調書（様式第4号）に記載した私の世帯員の課税状況等について確認することに同意します。</p> <p>このことは、私の世帯員の同意を得ています。</p> <p>また、新生児に関する情報を、上記の医療機関に提供することに同意します。</p> <p>申請者氏名 _____</p>				