

# 養育医療給付申請書

1 新規      2 継続

医療保険各法の 記号及び番号	記号	保険者名										
	番号	保険者番号										
お子さんの 氏名等	ふりがな					性別	男 ・ 女					
	氏名					出生時の 体重	g					
	生年月日	年	月	日	在胎週数	週						
	個人番号											
保護者 (申請者)	ふりがな					お子さん との続柄						
	氏名											
	生年月日	年	月	日	電話 番号	Tel :                   —                   — *平日昼間につながる連絡先 *保健師がお子さんのことについて連絡します						
	個人番号											
	住所	〒           —										
指定養育 医療機関	名称											
	所在地	〒           —										

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。 年    月    日

相模原市長   あて

-----  
市記入欄

来庁者と 申請者の 関係確認	<input type="checkbox"/> 保護者本人 <input type="checkbox"/> 保護者の配偶者 <input type="checkbox"/> その他（関係：                    ） ※保護者本人以外の場合 → <input type="checkbox"/> 保護者との関係確認書類 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（                    ）											
来庁者 身元 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード					申請者 番号 確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(身元確認も兼ねる)					
	<input type="checkbox"/> 運転免許証						<input type="checkbox"/> 通知カード					
	<input type="checkbox"/> 旅券						<input type="checkbox"/> 住民票(番号記載有)					
	<input type="checkbox"/> その他写真付証明書(                    )						<input type="checkbox"/> その他(                    )					
	<input type="checkbox"/> 公的医療保険の資格確認書等											
	<input type="checkbox"/> (                    ) 受給者証											
<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード												
<input type="checkbox"/> その他(                    )												

※写真のない証明書は2点以上の確認が必要