

養育医療給付申請書

本人	フリガナ													1	男				
	氏 名	(姓)						(名)											
	個人番号					—					—					2	女		
	生年月日	年 月 日						* 満1歳未満の方が対象です。											
申請者	フリガナ																		
	氏 名	(姓)						(名)											
	個人番号					—					—								
	生年月日	年 月 日						電 話		()									
	本人との続柄	1 父 2 母 3 その他 ()																	
	住 所	190ー 立川市 町 丁目 番・番地 号 団地・荘 マンション・アパート 号 様方																	
加入医療保険	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○をつけてください)																	
	記 号	番 号				保 険 者 番 号													
						保 険 者 名													
「養育医療の給付を申請される方へ」に記載された内容を理解しましたので、関係書類を添えて上記のとおり申請します。なお、この申請に関する資格審査のために、申請者及び家族の公簿等を調査し、並びに乳幼児医療費助成対象分を養育医療費助成自己負担分に充当することを承諾します。 年 月 日 立 川 市 長 殿 <table><tr><td>申 請 者 氏 名</td><td>(自署又は記名押印)</td></tr></table>																		申 請 者 氏 名	(自署又は記名押印)
申 請 者 氏 名	(自署又は記名押印)																		

市 受 付 印	本人確認

認 定	非 認 定
入 力	