第１号様式

年　　月　　日

松戸市養育医療給付申請書

（宛先）松　戸　市　長

申請者	住　　所	郵便番号（　－　） 松戸市
	ふりがな	
	氏　　名	
	電話番号	
	対象者との続柄	

養育医療の給付を受けたいので，関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日
	氏　名				
	現住所			個人番号	
扶養義務者	ふりがな		対象者との続柄		
	氏　名				
	住　所	郵便番号（　－　） 松戸市		個人番号	
加入医療保険被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
希望する指定養育医療機関の名称					
特記事項					
申請受付年月日		年　月　日	決定年月日		年　月　日

□なお、自己負担限度額を決定するため、同一世帯及び生計を同一にする者について、担当課へ市民税の課税に関する内容の確認を行うことを承諾します。

□自己負担金の滞納があった場合、担当課へ住所の確認を行うことを承諾します。