

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	職業		
	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、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。氏名 \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印)

令和3年10月1日

## 松戸市養育医療給付申請書

(宛先) 松戸市長

今日の日付

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。

申請者	住所	郵便番号 (211-0000) 松戸市 松戸〇丁目〇番地の〇 〇〇マンション〇〇号室
	ふりがな	まつと たろう
	氏名	松戸 太郎
	電話番号	090-1234-5678
	対象者との続柄	父(母)

⇒父(母)

※保険証の

被保険者

日中連絡のつく電話番号。

申請者以外の場合、

氏名・続柄を記入。

## 記

対象者	ふりがな	まつと みらい	男・女	生年月日	R3年9月14日	
	氏名	松戸 未来				
	現住所	同上	個人番号	123456789012		
扶養義務者	ふりがな	まつと たろう	対象者との続柄	父(母)	職業	会社員
	氏名	松戸 太郎				
	住所	郵便番号 ( - ) 松戸市 同上	個人番号	987654321098		
	加入医療保険 保険者証等の 記号及び番号		保険者等の 名称	記入不要		
	加入する指定養育医療 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		

⇒父(母)

※保険証の

被保険者

公務員・自営など

記入不要

なお、自己負担限度額を決定するため、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。氏名 松戸 太郎 (自署又は記名押印)

松戸 花子 印

扶養義務者の方全員分の

署名か記名押印が必要です。