

養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者住所
申請者氏名
本人との続柄

別紙関係書類を添えて、養育医療の給付を申請します。

記

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年 月日	年 月 日
	個人番号				
	住所 地 (住民票所在地)	〒			
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人と の続柄		
	個人番号				
	居住地	〒			
	電話番号				
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 の名称及び所在地					

（添付書類）

養育医療意見書（様式第2号）

世帯調書（様式第3号）

本人の加入医療保険を示す証明書（健康保険証）等

委任状

*伊那市で課税状況が把握できない場合は、所得税等の証明が必要になります

申請受付年月日		決定年月日	
---------	--	-------	--