様式第２号（第４条関係）

養育医療給付申請書

本人	ふりがな		男・女	生年月日	年　月　日
	氏名				
	住所地 ※住民票の住所	日南市			個人番号
	現在地 ※住所地と異なる場合、病院等	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		
	氏名				
	居住地 ※現在居住している住所。帰省等している場合は帰省先等を記入	郵便番号 電話番号			
		個人番号			
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
希望指定養育医療機関の名称・所在地 ※所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能					
備考					

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

申請者　住　所　日南市

氏　名　　本人との続柄

日南市長　殿

日南市長　殿

同意書

未熟児養育医療の受給に伴う徴収費用額（未熟児養育医療負担金）の一部に係る、こども医療費助成の申請及び受領を、日南市こども課長に委任します。また、日南市こども課長が、受領額を養育医療の徴収費用額（未熟児養育医療負担金）に充当することに同意します。

氏名

申請受理年月日		決定年月日	

※ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ確認　□個人番号ｶｰﾄﾞ
□通知ｶｰﾄﾞ＋顔写真有１つ　□運転免許証　□ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ　□その他（　　）
□通知ｶｰﾄﾞ＋顔写真無２つ　□健康保険証　□年金手帳　□介護保険証　□その他
□その他（同意書等）