

様式第1号(第2条関係)

養育医療給付申請書						
本人	ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
			個人番号			
	住所地 (住民票所在地)	郵便番号				
	現住所 (住所地と異なる場合)	郵便番号				
保護者	ふりがな 氏名		本人との 続柄			
			個人番号			
	居住地	郵便番号				
被保険者記号及び番号			保険者等の 名称			
希望する指定養育医療 機関名称及び所在地 (所在地は本人住所地と同じ 場合は省略可能)						
備 考						
<p>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。</p> <p>また、市民税課税証明書の添付を省略するため、帯広市が私及び世帯員の課税台帳の閲覧を行うことに同意します。</p> <p>申請者 郵便番号 住所 本人との続柄 申請者氏名 電話番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">帯広市長 様</p>						
申請受付年月日			決定年月日			

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> ①個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> ②住民票 <input type="checkbox"/> ③市が確認
※③を選択の方	<input type="checkbox"/> 私及び私の世帯員は、個人番号を確認することに同意いたします。