様式第２号（第７条関係）

養育医療給付申請書

受給者（本人）	フリガナ		男・女	生年月日
	氏名			年　月　日
	住所	太田市		
	個人番号		福祉医療費受給資格者番号	
被保険者証	（種類）　1　健保　2　国保　3　共済　4　生保			
	（記号）　（番号）			
	（保険者番号）			
	（名称）			
希望する指定養育医療機関	（名称）			
	（住所）			

上記のとおり養育医療の給付を申請します。

- 自己負担限度額決定のため、私と私の世帯員に係る住民基本台帳及び市町村民税情報等の資料を閲覧し、照会すること。また、本申請に関する情報を、上記医療機関に照会や提供すること。
- 養育医療の給付に係る費用の徴収（自己負担額）に対して支給されるべき福祉医療費の支給申請及び受領について市長に委任すること。

以上のことに関して同意します。

年　月　日　自署氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（宛先）太田市長

申請者（保護者）	フリガナ		受給者との続柄	
	氏名			
	住所	〒 太田市		
	個人番号		電話番号	

市記入欄

番号確認	□確認	→	□マイナンバーカード	本人確認書類	→	必要なし	
			□通知カード（記載事項に変更無） □住民票（番号付き）		→	いずれか１つ	□運転免許証　□パスポート □在留カード　□その他（　）
						又は２つ以上	□健康保険証　□母子健康手帳 □年金手帳　□その他（　）

認定状況	受理日	受給者番号	階層区分	認定基準額