

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		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所 地		個 人 番 号
	現 在 地		
扶養義務者	ふりがな		本 人 と の 続 柄
	氏 名		
	居 住 地		
	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			
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地			
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>年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>本人との続柄</p> <p>深谷市長 宛て</p>			

同意書

養育医療給付の申請にあたり、費用徴収額決定手続きに関し、
審査のため、児童本人及び扶養義務者全員の地方税関係情報について取得する
ことに同意します。

扶養義務者氏名 (個人番号) () 本人との続柄

扶養義務者氏名 (個人番号) () 本人との続柄

扶養義務者氏名 (個人番号) () 本人との続柄

扶養義務者氏名 (個人番号) () 本人との続柄

扶養義務者氏名 (個人番号) () 本人との続柄

※記載要領

- 1 同意するものが自ら署名を行うこと
- 2 代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状を取ること。