

養育医療給付申請書													
本人	フリガナ 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	フリガナ 氏 名						本人と の続柄						
	個 人 番 号												
	居 住 地	〒 —											
	電 話 番 号	()											
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)													
備考													
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。 申請にあたり、母子保健法第21条の4第1項の規定により徴収する費用の額に該当する額を算定するため、区が私及び世帯構成員の税情報及び住民情報を公簿等により確認することを同意します。 申請者住所 〒 — 申請者氏名 (本人との続柄) 電話番号 年 月 日 世田谷区長 あて													
申請受付年月日						決定年月日							

◆事務処理欄	
個人番号確認	1.個人番号カード 2.通知カード 3.住民票の写し（個人番号入り） 4.住民基本台帳等の確認 5.その他（ ）
本人確認	1.個人番号カード 2.運転免許証 3.運転経歴証明書 4.旅券 5.在留カード 6.特別永住者証明書 7.その他（ ）