

年 月 日

柏市養育医療給付申請書

柏市長あて

申請者	住所	郵便番号 (      -      ) 柏市
	ふりがな	
	氏名	(自署しない場合は記名押印)
	電話番号	
	対象者との続柄	

養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、自己負担限度額を決定するため、担当課へ市民税の課税に関する内容の確認を行うことを了承します。

記

対象者	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名					
	個人番号					
	現住所 (入院先住所)					
扶養義務者	ふりがな		対象者との続柄	職業		
	氏名					
	個人番号					
	住所	郵便番号 (      -      ) 柏市				
加入医療保険 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						
特記事項						
申請受付 年 月 日	年 月 日	決定年月日	年 月 日			

