様式第３号（第４条関係）

（表面）

養　育　医　療　給　付　申　請　書

年　　月　　日

（申請先）佐久市長

住　所
氏　名
乳児との続柄
連絡先（電話）

母子保健法第 20 条第 1 項の規定による養育医療の給付を受けたいので申請します。

本人	ふりがな 氏　名		生年月日	年　月　日
	個人番号			
	住　所			
	現在地			
扶養義務者	氏　名			
	個人番号			
	住　所			

世帯の状況（扶養義務者を除く。）	氏　名	個人番号	本人との続柄	備　考

被保険者等 記号・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			

添付書類　養育医療意見書（様式第４号）

（裏面）

同　意　書

年　　月　　日

（同意先）佐久市長

下記の者は、佐久市が母子保健法第20条第１項の規定による養育医療の給付の申請に係る事実についての審査を行うために限って　　年度の地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

記

同意者	申請者との続柄	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□申請者と同居

記載要領

１　同意する者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、本人から委任状をとること。

３　申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。

４　同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。