

(表)
養育医療給付申請書

年 月 日

常滑市長 殿

住所 〒
申請者
電話
ふりがな
氏名
(受療者との続柄)

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

受療者	ふりがな 氏 名	
	住 所 地 (住民票所在地)	
	現 在 地 (住所地と異なる場合)	
	生 年 月 日	年 月 日生
	個 人 番 号	
加入医療保険	記 号 番 号	
	保険者の名称	
指定医療機関	所 在 地 (受療者現在地と同じ場合は省略可能)	
	名 称	
診療予定年月日		年 月 日から 年 月 日まで
(添付書類) 1 医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類		

注) 医療保険の加入状況が確認できるものを持参してください。

注) 裏面の世帯調書も記載してください。

注) 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注) 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入してください。

注) 申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。

