

様式第 1 （第 2 条関係）

養 育 医 療 給 付 申 請 書

年 月 日

常 滑 市 長 殿

申請者 住所 〒
電話番号
ふりがな
氏名
(受給者との続柄)

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	性別	男 ・ 女
	個人番号			
被保険者証等の記号及び番号				
被保険者等の名称				
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) 被保険者証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) 申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては、省略することができます。
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。

