

養育医療給付申請書(表)

年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住 所 〒

電 話

フリガナ

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	フリガナ				
	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
被保険者証等の記号及び番号					
保険者名					
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入してください。

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下さい。

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。