様式第３号(第４条関係)

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	個人番号			
	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	性別	男・女
加入医療保険の記号及び番号				
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)　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。