

太枠内のみ記入してください

様式第1号（第4条関係）

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

（あて先）大治町長 殿

申請者 〒490-1143
住所 大治町大字砂子字西河原14番地の3
電話番号 052-444-2714
ふりがな おおはる たろう
氏名 大治 太郎
(受療者との続柄 父)

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	おおはる はなこ 大治 花子	個人番号	
	住 所	〒 同上		
	生年月日	令和2年5月5日生	性別	男・女
被保険者証等の記号及び番号		123・4567		
被保険者等の名称		全国健康保険協会 愛知支部		
指定医療機関	所在地	大治町××△△		
	名 称	おおはる病院		
診療予定年月日		令和2年5月5日から令和2年6月5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 3 委任状兼同意書				

注意事項

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「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。

養育医療意見書の「診療予定期間」欄
を記入ください

太枠内のみ記入してください

世帯調書

児童の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業(勤務先)	階層区分	年間所得税額	備考
	大治 太郎	父	男	S60.2.18		会社員			
	大治 姫子	母	女	S62.11.4		なし			
	大治 一郎	兄	男	H28.1.5		なし			
	大治 花子	本人	女	R2.5.5		なし			

養育医療を受けるお子さまから
みた続柄を記入してください。

お子さまと申請者を含め、生計を同一にする方全員について記入してください。
(父親が単身赴任等で同居していない場合も含む。)

世帯外扶養義務者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								

上記の世帯構成員以外で、養育医療を受けるお子さまに
対して扶養義務者がいる場合のみ記入してください。

上記内容に相違ありません。
なお、この申請の審査に必要な市町村民税等に関する資料(必要に応じ世帯全員分を含む。)
及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。

令和 年 月 日

申請者 氏名 大治 太郎

大治町長殿

配偶者 氏名 大治 姫子