

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 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
被保険者証等の記号及び番号		1 2 3 ・ 4 5 6 7		
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××△△ 養育医療意見書に記載された所在地・名称をご記入してください。		
	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

