

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

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 ☒
医療保険各法の記号及び番号		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××△△	養育医療意見書に記載された 所在地・名称をご記入ください	
	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）未熟児が加入する医療保険の保険者から交付された医療意見書を添付し、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

世帶調書

児童の属する世帯構成

就業していない場合は
「なし」と記入して下さい。

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。)

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。

年 月 日

大 治 町 長 殿

申請者 氏名 大治 太郎

配偶者 氏名 大治 姫子