

養育医療給付申請書

年 月 日

（あて先）大治町長 殿

申請者 ㊦
住 所
電話番号
ふりがな
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	ふりがな 氏 名		個人 番号	
	住 所	㊦		
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
医療保険各法の記号及び番号				
被保険者等の名称				
指定医療機関	所在地			
	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 3 委任状兼同意書				

注) 未熟児が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」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。

世 帯 調 書

		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
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成										
世 帯 外 扶 養 義 務 者	氏 名									
	住 所									
	氏 名									
	住 所									
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 申請者 氏名 _____ 配偶者 氏名 _____ 大 治 町 長 殿										