

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 下
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	下		
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
被保険者証等の記号及び番号				
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）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。

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								
<p>上記内容に相違ありません。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">配偶者 氏名 _____</p> <p>大 治 町 長 殿</p>									