

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)

個人番号の記載が不要の場合があります。
案内をご確認ください。

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××△△		
	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				

保険証を確認して
ください。

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。

養育医療意見書の「診療予定期間」欄
を記入ください

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。

太枠内のみ記入してください

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
大治 太郎	父	男	S60.2.18		会社員			
大治 姫子	母	女	S62.11.4		なし			就業していない場合は「なし」と記入してください。
大治 一郎	兄	男	H28.1.5		なし			
大治 花子	本人	女	R2.5.5		なし			
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							

個人番号の記載が不要の場合があります。案内をご確認ください。

就業していない場合は「なし」と記入してください。

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
配偶者 氏名 大治 姫子

大 治 町 長 殿