

様式第1号(第4条、第7条、第8条、第9条関係)

養育医療給付申請書

年 月 日

田原市長 殿

申請者 千  
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	
	住所地 (住民票所在地)	〒		
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒		
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
被保険者等の記号及び番号				
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				

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入してください。

注) 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注) 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入して下さい。

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。