

養育医療給付申請書

年 月 日

知立市長 様

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		個人番号
	氏 名		
	住所地 (住民票所在地)	千	
	現在地 (住所地と異なる場合)	千	
	生年月日		年 月 日生
被保険者証等の記号及び番号			
保険者等の名称			
指定医療機関	所在地 (受療者現在地と同じ場合は省略可能)		
	名 称		
診療予定年月日		年 月 日から 年 月 日まで	
(添付書類)		1 養育医療意見書 2 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) 申請者の押印は、氏名を自署する場合にあっては、省略することができます。
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。

