

養育医療給付申請書

年 月 日

武豊町長殿

申請者 住所 〒

電話番号

ふりがな

氏名

印

(受療者との続柄 )

個人番号

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 <small>(住民票所在地)</small>	〒		
	現在地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	〒		
	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 <small>(受療者現在地と同じ場合は省略可能)</small>			
	名称			
診療予定年月日		年 月 日から 年 月 日まで		
(添付書類) 養育医療意見書 ・ 世帯の所得を証明する書類(必要な方のみ)				

注)健康保険証を持参してください。

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。

町事務処理欄

個人番号確認書類	個人カード・個人番号通知カード・住民票の写し・その他( )	確認者	
申請者の本人確認書類	個人番号カード・運転免許証・パスポート・その他( )		