

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

(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 氏名 | | 個 番 | 人 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 (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) | | 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 (| | |