

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

大府市長 殿

申請者 住所 〒
電話番号
フリガナ
氏名
(本人との続柄)
個人番号

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

本人	フリガナ 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	令和 年 月 日	性別	男・女
	個人番号			
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 <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		令和 年 月 日から 令和 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		

(備考)

- 被保険者証を持参してください。
- 裏面の世帯調書も記入してください。
- 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 「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。
- 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。