

## 養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先） 弥富市長

申請者 住 所  
氏 名  
(受療者との続柄 )  
電話番号

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	性別	男 ・ 女
扶養義務者	ふりがな 氏 名		本人と の続柄	
	居住地			
	電話番号		個人 番号	
被保険者証の記号番号				
保険者名				
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)		1 養育医療意見書	2 所得階層区分を証明する関係書類	

備考

- 1 被保険者証を持参してください。
- 2 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。
- 3 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- 4 「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。
- 5 申請者「住所」の欄は、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。
- 6 「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等を記入してください。