

養育医療給付申請書

令和 年 月 日

(宛先) 小牧市長

申請者 住 所 〒

電 話

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 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	令和 年 月 日生	性 別	男 ・ 女		
加入医療保険の 記号及び番号		—				
加入医療保険の名称						
指 定 医療機関	所在地					
	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						

注)裏面の世帯調書も記載すること。
注)申請者の押印は、氏名を自署する場合にあつては、省略することができます。
注)「住所地」欄は、住民票上の住所を記入してください。
注)「現在地」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。

養育医療給付申請書

(宛先) 小牧市長

提出日を
記入してください。

令和 N年 7月 **日

申請者の住所・氏名等を
記入してください。

申請者 住所 〒 485-0046
小牧市堀の内三丁目**番地

記入例

電話 0568-**-****
ふりがな こまき たろう
氏名 小牧 太郎
(受療者との続柄 父)

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	こまき あゆみ		個人番号	12345678901	
	氏名	小牧 あゆみ				
	住所地 (住民票所在地)	〒485-0046 小牧市堀の内三丁目**番地				
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒485-8520 小牧市常普請一丁目20番地				
生年月日	令和	N 年	7 月	1 日生	性 別	男・女
加入医療保険の 記号及び番号		1 2 3 — 4 5 6 7				
加入医療保険の名称		2 3 0 2 0 1 小牧市国民健康保険				
指 定 医療機関	所在地	小牧市常普請一丁目20番地				
	名 称	小牧市民病院				
診療予定年月日		令和 N年 7月 1日 から 令和 N年 10月 31日				
(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		養育医療意見書の 診療予定期間を記入してください。				

注)裏面の世帯調書も記載すること。
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」欄は、住民票上の住所を記入してください。
注)「現在地」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。