

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

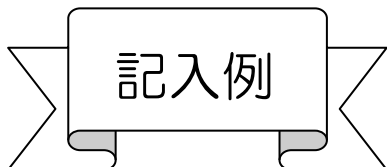
(宛先) 小牧市長

提出日を
記入してください。

令和*年 *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



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	*****			
	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	*年	7月	1日生	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 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 *年 7月 1日		から	令和 *年 10月 31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		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。