

養育医療給付申請書

年 月 日

阿久比町長様

申請者 住所 〒

電話

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	個人番号			
	ふりがな			
	氏名			
	住所地 (住民票所在地)	〒		
	現住所 (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			
	名称			
診療予定年月日		年 月 日から	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) 被保険者証を持参してください。

注) 裏面の世帯調書も記入してください。

注) 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注) 「現住所」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。

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。

世 帯 調 書

児童の属する世帯構成	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業 (勤務先)	階層 区分	年間 市町村民税額	備考
世帯外扶養義務者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								
<p>上記内容に相違ありません。</p> <p>なお、この申請の審査に必要な市町村民税等に関する資料（必要に応じ世帯員分を含む。）及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名</p> <p>阿久比町長様</p>									