

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 記 号 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) 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									

上記内容に相違ありません。

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。

年 月 日

申請者 氏名

阿 久 比 町 長 様