

養育医療給付申請書

年 月 日

東 御 市 長 様

(〒 ー)

申請者住所

本人との続柄

申請者氏名

下記のとおりですので、養育医療の給付をしてください。

記

本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所				
扶養義務者	氏名		本人との続柄		
	住所		電話番号		
被保険者証等の記号及び番号			保険者等の名称		
希望する指定医療機関	所在地	(〒 ー)			
	名称				
備考	1 申請書に添付が必要な書類 (1)「養育医療意見書」 (2)「世帯状況等証明書」または「住民税課税(所得)証明書」 (3)世帯の所得税額を証明する書類 ((2)により住民税所得割のある者 ・給与所得の場合・・・「給与所得の源泉徴収票(写し)」 ・給与所得以外の場合・・・税務署の「納税証明書」、申告済み確定申告書の写しなど 2 申請時に持参する書類 「被保険者証」等 (郵送の場合は写しを添付)				
申請受付日 年 月 日			決定年月日		