

第1号様式(第3条、第5条、第6条関係)

養育医療給付申請書

年 月 日

日進市長 あて

〒

申請者 住所
電話番号
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	年 月 日生	性別	男・女
被保険者証等の記号及び番号				
保険者等の名称				
指定 医療 機関	所在地 (受療者現在地と同じ場合は省略可能)			
	名称			
診療予定年月日		年 月 日から	年 月 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				

注)被保険者証を持参してください。

注)裏面の世帯調書兼同意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)「現在地」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、申請書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。

世帯調書兼同意書

児童の属する世帯構成	世帯構成	帯員名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業	階層区分	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(必要に応じて世帯員分を含む。)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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p> <p>日進市長 あて</p>										