様式第１号（第４条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 階層区分 |  |
| 養 育 医 療 給 付 申 請 書（ 初回 ・ 継続 ・ 転院 ） |
| 本 人 | ふりがな氏　　名 |  |  男・女 |  生年月日 |  　　年　　月　　日 |
| 居 住 地 |  | 個人　番号 |  |
| 現 在 地 |  |
| 申請者 | 氏 名 |   | 本人との続柄 |  |
| 生年月日 | 年 月　　　日 | 電話番号 |  |
| 住 所 | 　郵便番号 | 個人番号 |  |
| 被保険者証等の種別（該当するものを○で囲むこと） | 全国健康保険協会管掌健康保険　・　健康保険組合　・　船員保険共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護 ・ その他（　　　　　） |
| 被保険者証の記号及び番号 | 記号 番号 | 保険者等の名称 |  |
| 希望する指定養育医療機関の名称及び所在地 |  |
| 備　考 |  |  |
| 別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。　また、養育医療給付の審査決定のため申請者及び別紙世帯調書に記載された者の課税資料を閲覧することに同意します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）　　真室川町長　　様 |
| 受付年月日 | 　　年　　月　　日 | 決定年月日 | 　　年　　月　　日 |

　添付書類　１　担当医師の養育医療意見書（様式第２号）

　　　　　　２　世帯調書（様式第３号）並びに所得税額及び市町村民税額を証する書類