

養育医療給付申請書

年 月 日

深川市長 様

住所

申請者 氏名
(扶養義務者)
電話番号

本人との続柄

母子保健法第 2 0 条第 3 項に規定する養育医療の給付を受けたいので、次のとおり申請します。
本件について必要な課税状況について調査されることに同意します。

本人 (乳児)	ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏 名 (個人番号)	()				
	住 所					
	現 在 地					
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄		職業	
	氏 名 (個人番号)	()				
	住 所				電話番号	
医療保険の 記 号 ・ 番 号	記号 番号		保険者等名称			
希望する指定養育 医療機関の名称及 び所在地	名 称 所在地		医 療 費 助 成 受給者証番号			
備 考						

- 添付書類
- 1 養育医療意見書
 - 2 世帯調書
 - 3 所得を証明する書類
 - 4 加入医療保険の名称・記号番号がわかるもの
 - 5 同意書