

養育医療給付申請書

ふりがな				生年 月日	年 月 日					
受療者の氏名										
ふりがな				電話 番号						
扶養義務者氏名 (被保険者氏名)										
扶養義務者の住所 (被保険者の住所)	〒 ー									
被保険者等 記号・番号 及び保険者名	記 号	番 号	保険者番号							
			保険者名							
希望する指定 養育医療機関	名 称				所 在 地					
<p>上記のとおり養育医療の給付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 申 請 者 (被保険者) 氏名</p> <p>郡 山 市 長</p>										

備考

- 1 養育医療意見書 (第4号様式)、世帯調書 (第5号様式)、市町村民税額を証明できる書類を添付すること。
- 2 受療者の被保険者証の写し、子ども医療費受給資格者証の写しを添付すること。