

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
	住 所 (住民票所在地)	郵便番号		個人番号	
	居 住 地 (住所地と異なる場合)	郵便番号			
扶養義務者	ふりがな 氏名			本人との 続柄	
	居 住 地	郵便番号			
	電話番号			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					
<p>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、本申請の審査に必要な範囲で、扶養義務者の住民基本台帳及び地方税関係情報について、 公簿等を閲覧することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 (記名押印又は署名)</p> <p>河北町長 様</p>					
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 号別紙 1）
2 世帯調書（様式第 2 号別紙 2）並びに市町村民税額を証する書類