

様式第1号

市町村記載欄	受給者番号	.....		
	診療予定期間	・ ・ ～ ・ ・	階層区分	階層
	所得税額		徴収基準月額	
	受付日		受付機関	

養育医療給付申請書

本人	ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	居住地				個人番号	.....
	現在地					
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄		職業	
	居住地				個人番号	.....
被保険者証等の記号及び番号					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						

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。

年 月 日

申請者住所

申請者氏名

印

(自署もしくは記名押印)

本人との続柄

(電話番号 - - )

(あて先) 三条市長

添付書類 養育医療意見書、世帯調書、階層区分を証明する書類