

## 養育医療給付申請書

年 月 日

稲 沢 市 長 殿

〒

申請者 住 所 稲沢市

電話番号

ふりがな

氏 名

(受療者との続柄 )

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

なお、この申請の審査に必要な市町村民税等に関する資料(必要に応じ世帯員分を含む。)

及び生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。

受療者	ふりがな 氏名		個人番号	
	住所地 (住民票所在地)	〒 稲沢市		
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒		
	生年月日	令和 年 月 日生	性別	男・女
被保険者等資格確認書類の 記号及び番号				
保険者の名称				
指定 医療機関	所在地 (受療者現在地と同じ 場合は省略可能)			
	名 称			
診療予定年月日		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		
(添付書類)		1 医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類		

注1 被保険者等資格確認書類(資格確認書など)を持参してください。

注2 裏面世帯調書も記入してください。

注3 申請者の押印は、氏名の自署する場合にあっては、省略することができます。

注4 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。

注5 「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。

注6 申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省している場合は、帰省先等も併せて記入してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

(裏)

世帯調書

	世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	個人番号	職業（勤務先）	階層区分 (※)	年間所得 税額 (※)	備考 (※)
受給者の 属する 世帯 構成									
世帯外 扶養 義務者	氏名								
	住所								
	氏名								
	住所								

(※)の欄は、記入の必要はありません。