

様式第1号(第4条関係)

市町村記載欄	受給者番号						
	診療予定期間	. . . ~ . . .			階層区分	階層	
	市町村民税所得割額				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		男・女	生年月日	年 月 日	
	氏名					
	住所 (住民票所在地)	〒		個人番号		
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒				
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	職業		
	氏名					
	居住地	〒				
	電話番号		個人番号			
医療保険各法の記号及び番号			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 (所在地は本人現在地と同じ場合は省略可能)						
<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。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者氏名</p> <p>(自署もしくは記名押印)</p> <p>本人との続柄 (電話番号 — — )</p> <p>燕市長 様</p>						

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

※記載上の注意

- ・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
- ・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
- ・「居住地」欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。