

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	
	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				男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	氏 名					個人番号	
	住 所 地 <small>(住民票所在地)</small>	〒					
	現 在 地 <small>(住所地と異なる場合)</small>	〒					
扶 養 義 務 者	ふりがな				本人との 続柄	職業	
	氏 名						個人番号
	居 住 地	〒					
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							
<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><small>(自署もしくは記名押印)</small></p> <p>本人との続柄</p> <p><small>(電話番号 - -)</small></p> <p>糸魚川市長 様</p>							

添付書類 養育医療意見書、世帯調書及び同意書、階層区分を証明する書類

※太字枠内を記入してください。