

様式第2号(第3条関係)

養育医療給付申請書							
本人	ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名						
	住所地 (住民票所在地)	〒		個人番号			
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒			電話 ()		
扶養義務者	ふりがな			本人との続柄			
	氏名						
	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						
	希望する指定療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)						
	備考						
<p>・別紙関係書類を添えて上記の通り養育医療の給付を申請します</p> <p>・負担金の決定のため、必要があるときは、世帯の市町村民税額の状況等について、関係当局に報告を求め、調査することに同意します。また、養育医療給付が決定になった場合に医療券を指定医療機関に送付することに同意します。</p> <p>郵便番号</p> <p>申請者住所</p> <p>本人との続柄</p> <p>申請者氏名 (自書もしくは記名押印)</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"> 土別市長 様</p>							
申請受付年月日				決定年月日			

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」の欄は、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。

(添付書類)

1養育医療意見書 2世帯調書 3市町村民税額を証明する書類 4委任状 5健康保険証の写し 6その他市長が必要と認める書類