

										階層 区分				
養育医療給付申請書（初回・継続・転院）														
本 人	ふりがな 氏名						男・女	生年月日	年 月 日					
	個人番号													
	居住地													
	現在地													
申 請 者	氏名						本人との 続柄							
	個人番号													
	生年月日	年 月 日					電話番号							
	住所	〒												
加入保険等の種別 (該当するものを ○で囲むこと)	全国健康保険協会管掌健康保険・健康保険組合・船員保険 共済組合・国民健康保険・生活保護・その他()													
医療保険各法の 記号及び番号	記号 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														
備 考														
<p>別添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> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">同意書</p> <p style="text-align: center;">養育医療の給付のため、申請時、住所・所得額等を公簿により確認することに同意します。</p> </div> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">米沢市長あて</p>														
受付年月日	年 月 日			決定年月日	年 月 日									

- 添付書類 1 世帯調書
2 担当医師の養育医療意見書