

				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
	居住地	郵便番号		個人番号	
	現在地	郵便番号			
申請者	氏 名			本人との 続柄	
	生年月日	年 月 日		電話番号	
	住 所	郵便番号			
被保険者証等の種別 （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（ ）			
被保険者証の 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					
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。					
年 月 日 申請者氏名 （記名押印又は署名） 戸沢村長 殿					
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		

- 添付書類 1 担当医師の養育医療意見書（別記様式第2号別紙1）
 2 世帯調書（別記様式第2号別紙2）並びに所得税額及び市町村民税額を証する書類