

養育医療給付申請書

年 月 日

下松市長 様

郵便番号
申請者 住 所
氏 名



自署または記名押印

電話番号
本人との続柄

関係書類を添えて下記のとおり養育医療の給付を申請します。

本人	ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所			個人番号	
扶養義務者	氏 名		本人との 続柄		
	住 所			個人番号	
被保険者証の 記号及び番号			保険者名		
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地					

添付書類

- 1 養育医療意見書
- 2 世帯調書
- 3 対象となる未熟児の扶養義務者の前年分の所得税又は前年分の市町村民税の課税額を証する書類
- 4 生活保護法の被保護者である場合には、被保護者であることを証する書類
- 5 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている場合には、これを証する書類