

養 育 医 療 給 付 申 請 書

年 月 日

岩 倉 市 長 殿

申請者
住 所 〒
電話番号
ふりがな
氏 名
(受療者との続柄)

次のとおり、養育医療の給付を申請します。

受療者	ふりがな 氏名						
	住所地 (住民票所在地)	〒					
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒					
	生年月日	年	月	日生	性別	男 ・ 女	
被保険者証の記号及び番号							
保険者番号・名称							名称 ()
指定医療機関	所在地 (受療者現在地と同じ場合は省略可能)						
	名称						
診療予定年月日		年	月	日から	年	月	日まで
(添付書類)		1 医療意見書 2 所得階層区分を証明する関係書類					

注) 被保険者証を持参してください。
注) 裏面の世帯調書も記入してください。
注) 「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
注) 「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下さい。
注) 申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は、帰省先等も併せて記入してください。