

様式第1号（第4条関係）

（表）

### 養育医療給付申請書

年 月 日

（宛先）愛西市長

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		個人 番号	
	住 所 地 <small>（住民票所在地）</small>	㊦		
	現 在 地 <small>（住所地と異なる場合）</small>	㊦		
	生年月日	年 月 日生	性別	男・女
扶養義務者	ふりがな 氏 名		個人 番号	
	居 住 地	㊦		
被保険者証等の記号及び番号				
保険者等の名称				
指定医療機関	所在地 <small>（受療者現在地と同じ場合は省略可能）</small>			
	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載してください。

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ください。

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。

(裏)

# 世帯調書

世帯構成員名		続柄	個人番号 <small>(扶養義務者のみ)</small>	性別	生年月日	職業（勤務先）	階層区分	年間所得税額
児童の属する世帯構成								
世帯外扶養義務者	氏名							
	住所							
	氏名							
	住所							

上記内容に相違ありません。

なお、この申請の審査に必要な市民税等に関する資料（必要に応じ世帯員分を含む。）及び、生活保護受給状況を確認されることについては、差し支えありません。

年 月 日

申請者 氏名

愛西市長殿