

様式第1号（第4条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

上郡町長 あて

申請者 住 所
氏 名（自署）

年 月 日生

本人との続柄

電話番号（ ） ー

上郡町未熟児養育医療事業実施要綱第4条第1項の規定により、次のとおり養育医療の給付を申請します。

なお、この申請で必要な場合は、世帯の住民登録状況、町民税の課税状況等について、上郡町が調査・閲覧することに同意します。これらを調査・閲覧されることについては、世帯員の承諾を得ています。

本人	ふりがな		性 別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	個人番号			
	住 所 地	〒		
	居 住 地 (入院先等)	〒		
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	
	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	
記号		番号		
希望する 指定養育 医療機関	所在地	〒		
	名 称			
備 考				

注 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 養育医療意見書（医療機関による記載が必要）
- (2) 世帯調書兼同意書（世帯員全員の氏名・続柄・生年月日・個人番号を記入）
- (3) 世帯員全員の年間所得確認書類