

様式第1号（第3条、第7条関係）

養育医療給付申請書

年 月 日

大樹町長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名 印
本人との続柄
電話番号

別紙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。

なお、養育医療の給付決定のために、私、私の世帯員及び世帯外扶養義務者の市町村民税課税状況及び収入の状況等について、関係機関に調査、照会することに同意します。

本人	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所地					
保護者	現在地					
	氏名		本人との続柄		職業	
	住所地					
被保険者証等の記号及び番号			保険区分	協会けんぽ・健保組合・国保・共済・生保・その他（ ）		
希望する指定養育医療機関の名称及び所在地						
備考						

- 添付書類
- 1 養育医療意見書
 - 2 世帯調書
 - 3 源泉徴収票（給与所得者）、納税証明書（事業所得者）、市町村民税課税証明書（非課税世帯）または生活保護受給証明書（生活保護世帯）