様式第１号

養育医療給付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本　　人 | ふりがな  氏　名 | |  | | | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住所地 | | 郵便番号 | | | | 個人番号 |  |
|  |  |
| 扶養義務者 | ふりがな  氏　名 | |  | | | | 本人との続　　柄 |  |
| 住所地 | | 郵便番号 | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | 個人番号 |  |
| 被保険者証等の  記号及び番号 | | |  | | | | | |
| 保険者等の名称 | | |  | | | | | |
| 希望する指定医療機関の名称及び所在地 | | |  | | | | | |
| 備　考 | | |  | | | | | |
| 別紙関係書類を添えて上記のとおり養育医療の給付を申請します。    申請者住所　　郵便番号  本人との続柄  申請者氏名  電話番号  　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　加西市長　　　様 | | | | | | | | |
| 申請受付年月日 | |  | |  | 決定年月日 | | |  |

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　　　（２）世帯調書