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