

様式第1号(第5条関係)

養育医療給付申請書				認 定	承認・不承認
受療者 (子ども)	ふりがな 氏名		性別		男・女
	生年月日	年 月 日			階層 区分
	個人番号				
	住所				
	保険者等の名称				
	医療保険各法の記号及び番号				
	希望する指定養育医療機関				
	福祉医療費の受給資格者番号				
申請者 (保護者)	ふりがな 氏名		本人との 続柄		
	生年月日	年 月 日	連絡先	()	
	住所				
	個人番号				
<p> 渋川市長 様 養育医療の給付を受けたいので申請します。 なお、自己負担限度額決定に必要な世帯構成員の状況について、住民基本台帳等により照会すること、および、所得状況について市民税課税台帳等により課税照会することに同意します。 また、上記の者の養育医療給付に係る費用の徴収に対して支給されるべき福祉医療費の支給申請及び受領に関する権限を委任します。 申請日 年 月 日 </p>					

以下は記入不要です。

添付書類	1 養育医療意見書
	2 世帯調書
	3 市町村長証明書
	4 その他()