

養育医療給付申請書

年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所
氏 名
本人との続柄

たつの市未熟児養育医療実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

本人	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏 名		性別	男 ・ 女
			個人 番号	
	住 所	〒		
現 在 地 (住所地と異なる場合)	〒			
扶養義務者	ふりがな		本人との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号			
被保険者証等の 記号及び番号				
保険者等の名称				
希望する医療機関 の名称及び所在地				
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
- (2) 世帯調書

養育医療の給付決定に当たり、たつの市が申請者及び同居家族の課税資料等必要な書類を閲覧することを承諾します。生計中心者氏名 _____

(生計中心者の氏名を記入ください。)