様式1

養　育　医　療　給　付　申　請　書

年　　月　　日

瀬　戸　市　長　殿

申請者	住　所	〒 瀬戸市
	ふりがな 氏　名	（受療者との続柄　　）
	個人番号	
	電話番号	（　　）　　－

次のとおり、養育医療の給付を申請します。
なお、この申請の審査に必要な市町村民税等に関する資料（必要に応じ世帯員分を含む。）及び生活保護受給状況を確認されることについて同意します。
また、本申請に基づき発行された養育医療券の内容について、養育医療券に記載されている指定医療機関に、瀬戸市が情報を提供することについて同意します。

受療者	ふりがな 氏名			
	住所地 （住民票所在地）	〒 □　申請者の住所と同じ		
	現在地 （住所地と異なる場合）	〒		
	生年月日	年　　月　　日生	性別	男　・　女
	個人番号			
被保険者証等の記号及び番号				
保険者等の名称				
指定医療機関	所在地 （受療者現在地と同じ場合は省略可能）			
	名称			
診療予定年月日		年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
（添付書類）　1　養育医療意見書　　2　所得階層区分を証明する関係書類				

注１　被保険者証を持参してください。
注２　裏面の世帯調書も記入してください。
注３　「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
注４　「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときはその住所を記入して下さい。
注５　申請者「住所」欄は、申請者の住民票所在地を記入してください。帰省等している場合は,帰省先等も併せて記入してください。